





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی
استان قزوین

دانشگاه علوم پزشکی قزوین

دانشکده پرستاری و مامایی

پایان نامه برای دریافت درجه

کارشناسی ارشد رشته پرستاری مراقبت‌های ویژه

عنوان پایان نامه

بررسی تأثیر تمرینات آرامسازی فیزیکی و ذهنی بر پرفشاری خون بارداری در زنان مراجعه کننده به

مرکز آموزشی درمانی کوثر قزوین

استاد راهنما

دکتر جلیل عظیمیان

اساتید مشاور:

فاطمه رنجکش

دکتر محمود علیپور حیدری

نگارنده

فاطمه پاشازاده

ماه و سال انتشار

مهر ۱۳۹۵

صفحه ارزشیابی پایان نامه؟

"تقدیم به"

پدرو مادر فوجم

معلمان ایثار و ایمان ، یاوران مهربانی، که قلب پاکشان منبع دعای فیردرزندگی ام می باشد و درتمامی
مراحل تحصیل مدیون مهربانی ها و زحمات بی دریغ آنها بوده و هستم.

همسر مهربانم

که در تمام طول تحصیل مراقبت و یاری نمود و حضورش برایم دلگرم کننده و آرام بخش بود.

و فرزندانم

"تقدیر و سپاس"

پروردگارا! کوتاه است زبانها از رسایی ستایش تو که شایسته جلالت باشد.

خدایا! چقدر راهها واضح و هویدا است اگر تو ما را هدایت کنی، و در این راه از زندگی هدایت

و کمک تو به قدری یاریگر من بود که زبانم قاصر از سپاس و تشکر است.

خدایا! در برابر مهربانیت شکر من کوچک است، حمد مرا به رضای خود بپذیر.

اکنون که به لطف پروردگار یکتا و فضل الهی تدوین این پایان نامه به اتمام رسیده است، بر خود واجب می دانم مراتب تقدیر و تشکر خویش را از سرورانی که در تکمیل و تدوین آن، مرا راهنمایی و مساعدت نموده اند، ابراز نمایم، و برایشان اجر الهی را خواستار شوم.

استاد ارجمند جناب آقای دکتر جلیل عظیمیان، استاد محترم راهنما که با راهنمایی خردمندانه و دقت نظر خویش، در تمام مراحل کار راهگشای اینجانب بوده اند.

استاد گرامی سرکارخانم فاطمه رنجکش و جناب آقای دکتر محمود علیپور که مشاوره این پایان نامه را پذیرفتند و از همکاری و مساعدت ایشان در طول تحقیق بهره مند شده ام.

ریاست و معاونین محترم دانشکده و کلیه اساتید گرانقدر گروه پرستاری ویژه؛

شما روشنایی بخش تاریکی جان هستی و ظلمت اندیشه را نور می بخشید چگونه سپاس گویم مهربانی و لطف شما را که سرشار از عشق و یقین است. چگونه سپاس گویم تأثیر علم آموزیتان را که چراغ روشن هدایت را بر کلبه ی محقر وجودم فیوزان ساخته است. آری در مقابل این همه عظمت و شکوه شما، مرا نه توان سپاس است و نه کلام وصف.

چکیده

زمینه: پرفشاری خون یکی از اختلالات شایع دوران بارداری می باشد. با توجه به اینکه پرفشاری خون مشکلات بسیاری را در بارداری ایجاد می کند اما هنوز درمان مناسبی برای آن وجود ندارد. یکی از روش های مطرح در درمان فشار خون، روش های کاهش استرس نظیر آرامسازی و تصویر سازی ذهنی است. این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آرامسازی پیشرفته عضلانی و تصویر سازی ذهنی بر پرفشارخون بارداری انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی بود که بر روی بیماران مبتلا به پرفشاری خون بارداری در بیمارستان کوثر قزوین انجام شد. ۸۰ بیمار از کسب رضایت نامه آگاهانه به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با روش تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. گروه مداخله به مدت ۸ هفته، هفته ای ۲ بار تمرینات آرامسازی فیزیکی و ذهنی و گروه شاهد مراقبت های معمول پزشکی را دریافت کردند. فشارخون در گروه مداخله قبل و بعد از جلسات آرامسازی و در گروه کنترل هفته ای دوبار پس از ۱۵ دقیقه استراحت اندازه گیری شد. داده ها با استفاده از چک لیست گردآوری و با نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد، از آزمون های آماری مجذور کای، تی استیودنت و Repeated measure جهت تجزیه و تحلیل آماری استفاده شد.

یافته ها: میانگین سنی شرکت کنندگان در پژوهش 31.21 ± 7.25 سال بود. آرامسازی پیشرونده عضلانی و تصویرسازی ذهنی فشارخون سیستول و دیاستول گروه مداخله را نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش داد ($P=0.000$).

نتیجه گیری: آرامسازی فیزیکی و ذهنی در کاهش فشارخون سیستول و دیاستول دوران بارداری موثر بوده و به عنوان یکی از روش های درمان پرفشاری خون بارداری پیشنهاد می شود.

کلیدواژه ها: آرامسازی عضلانی، تصویر سازی ذهنی، فشارخون، پرفشاری خون بارداری، بارداری

فهرست مطالب

.....۱.....	فصل اول
.....۲.....	زمینه و اهمیت پژوهش
.....۵.....	هدف کلی
.....۵.....	اهداف اختصاصی
.....۵.....	اهداف فرعی
.....۵.....	فرضیه پژوهش
.....۶.....	تعریف واژه ها
.....۶.....	پرفشاری خون بارداری
.....۶.....	پره اکلامپسی
.....۷.....	فصل دوم
.....۸.....	دانشتری های موجود در زمینه پژوهش
.....۸.....	چارچوب پنداشتی
.....۸.....	پرفشاری خون بارداری
.....۱۳.....	مرور متون
.....۱۴.....	فصل سوم
.....۱۵.....	نوع پژوهش
.....۱۵.....	نمونه پژوهش

.....۱۵	روش نمونه گیری
.....۱۶	مجله های ورود به مطالعه
.....۱۶	مجله های خروج از مطالعه
.....۱۷	محوط مطالعه
.....۱۸	ابزار گردآوری اطلاعات
.....۱۹	تجزی و تحلی داده ها
.....۱۹	ملاحظات اخلاقی
.....۲۲	دیاگرام مطالعه
.....۲۱	فصل چهارم
.....۲۲	۴-۱ مقدمه
.....۲۳	۴-۲ یافته ها
.....۲۳	جدول ۴-۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار سن مادر در دو گروه مداخله و کنترل
.....۲۳	جدول ۴-۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار تعداد بارداری در دو گروه مداخله و کنترل
.....۳۰	جدول ۴-۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار تعداد زایمان در دو گروه مداخله کنترل
.....۲۴	جدول ۴-۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار سن بارداری در زمان ورود به مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل
.....۲۵	جدول ۴-۵: مقایسه میانگین و انحراف فشارخون در زمان ورود به مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل
.....۲۵	جدول ۴-۶: مقایسه فراوانی میزان تحصیلات در دو گروه کنترل و مداخله

.....۲۶.....	جدول ۷-۴: مقایسه فراوانی شغل مادر در دو گروه کنترل و مداخله
.....۳۲.....	جدول ۸-۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار فشارخون قبل و بعد از مداخله در گروه مورد مداخله.....۳۲
.....۳۲.....	جدول ۹-۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار فشارخون قبل و بعد از مطالعه در گروه کنترل.....۳۲
.....۳۱۰.....	جدول ۱۰-۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار فشارخون قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و
.....۳۳.....	مداخله
.....۲۸.....	جدول ۱۱-۴: مقایسه میانگین فشارخون سبستولیک قبل و بعد از مداخله در جلسات حضور ی در گروه مداخله.....۲۸
.....۲۸.....	جدول ۱۲-۴: مقایسه میانگین فشارخون دیاستولیک قبل و بعد از مداخله در جلسات حضور ی در گروه مداخله.....۲۸
.....۳۷.....	فصل پنجم
.....۳۰.....	بحث و نتیجه گیری
.....۳۰.....	بحث و تفسیر یافته های پژوهش
.....۳۳.....	نتیجه گیری
.....۳۳.....	محدودیت های پژوهش
.....۳۳.....	کاربرد یافته ها
.....۳۴.....	کاربرد در آموزش پرستاری
.....۴۳.....	کاربرد در بالین
.....۴۳.....	کاربرد در مدیریت خدمات پرستاری
.....۴۴.....	کاربرد در پژوهش
.....۳۶.....	پیشنهادات برای پژوهش های آینده

Error! Bookmark not defined......

منابع

Error! Bookmark not defined......

پهوست ها

Error! Bookmark not defined......

چکیده انگلیسی

فهرست پیوست‌ها

الف	برگه اطلاع رسانی
ب	برگه رضایت نامه
پ	چک مشخصات دموگرافیک بیمار
پ	بخش نخست (اطلاعات دموگرافیک)
ت	بخش دوم (اطلاعات بارداری)
ث	جدول جلسات آرامسازی و کنترل فشارخون

فصل اول

معرفی پژوهش

زمینه و اهمیت پژوهش

پر فشاری خون یکی از اختلالات شایع دوران بارداری و از علل مهم مرگ و میر مادر و نوزاد در تمام دنیا بوده (۱، ۲) و بطور متوسط ۱۲ تا ۲۲ درصد بارداری ها را دچار مشکل می کند (۳، ۴)

از نظر تعریف پر فشاری خون دوران بارداری به معنای فشارخون سستولیک مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه و فشار دیاستولیک مساوی یا بیشتر از ۹۰ میلی متر جیوه اطلاق می شود. افزایش فشارخون در نیمه دوم بارداری بدون وجود پروتئینوری از پره اکلامپسی افتراق داده می شود (۴).

از عوامل خطرایجاد کننده پر فشاری خون در بارداری، می توان به بارداری اول، سن بالای ۳۵ (۵) و زیر ۱۸ سال مادر (۵)، شاخص توده بدنی بالای قبل از بارداری (۶، ۷)، بارداری چندقلویی (۸-۱۱)، نژاد (۲) دیابت (۱۲)، سابقه پر فشاری خون (۱۳) و وضعیت اجتماعی - اقتصادی ضعیف (۱۴، ۱۵) (۱۵) اشاره کرد.

پر فشاری خون در بارداری باعث افزایش عوارض متعدد مادری و جنینی در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته از جمله افزایش مرگ و میر جنین و نوزاد (۱۶-۱۸)، زایمان پره ترم (۱۹)، وزن کم زمان تولد (۱۹-۲۱)، محدودیت رشد داخل رحمی (۲۲-۲۴)، کنده شدن زودرس جفت (۲۴)، افزایش زایمان به روش سزارین (۲۴، ۲۵)، نارسایی قلبی (۲۶)، نارسایی کلیه (۲۷) و سندرم هِلپ^۱ (۲۸، ۲۹) می شود.

همچنین افراد مبتلا به پر فشاری خون در بارداری خطر بالایی برای ابتلا به بیماریهای قلبی عروقی، دیابت (۱۵) و چاقی در زندگی آینده دارند (۳۰). در ایالت متحده آمریکا ۱۷/۵ درصد مرگ ها ی مادر ی به علت پر فشار ی خون دوران بارداری است (۱۷، ۳۱).

همچنین خطر اضافه شدن پره اکلامپسی به پر فشاری خون بارداری ۱۰ درصد است (۱۶). میزان بروز پره اکلامپسی ی در جهان ۵-۱۰ درصد، ۲۰ درصد در اولین بارداری و در کشورهای در حال توسعه بالاتر از ۱۸ درصد می باشد (۳۲، ۳۳). شایان ذکر است که میزان شیوع آن در ایران در حدود ۶/۴ درصد گزارش شده است (۳۴).

پره اکلامپسی، در اثر اختلالات پیشرفته عروقی در مادر ایجاد شده و آن را بیماری تئوری ها می نامند زیرا هنوز علت مشخصی را برای آن ذکر نکرده اند. همچنین تاکنون درمان مشخصی نیز برایش کشف نشده و تنها درمان موجود برای این بیماری ختم بارداری است (۱).

پره اکلامپسی با مشخص اسپاسم عروقی، افزایش مقاومت عروق محیطی و کاهش خونرسانی به ارگان های داخلی مثل مغز، کلیه و کبد شناخته می شود (۱، ۲) در این بیماری، بارداری به همراه مجموعه ای از علائم بالینی است که مهمترین آنها

1.HELLP Syndrom

شامل: فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی مترجیوه و یابیشتر و پروتئینوری ۳۰۰ میلی گرم درادرار ۲۴ ساعته و بیشتر می باشد (۲۸، ۳۵، ۳۶)، افتراق شدت پره اکلامپسی براساس فشارخون سستولیک ۱۶۰ میلی مترجیوه و یابیشتر، دیاس تولیک ۱۱۰ میلی مترجیوه و یابیشتر، پروتئینوری ۲+ یابیشتر پایدار، سردرد، اختلالات بینایی، درد بالای شکم، اولیگوری، کراتن رین بالا، افزایش آنزیمهای کبدی، ترومبوسیتوپنی، محدودیت رشد جنین می باشد و در صورت اضافه شدن تشنج به علائم بالا اکلامپسی می گویند (۳۷)

علی رغم مشکل آفرین بودن اختلال پرفشاری خون درباردار ی و عوارض متعدد آن، هنوز درمان مشخص ی برای آن وجود ندارد (۸، ۳۳، ۳۶). از درمان های دارویی و غیر دارویی برای کنترل پرفشاری خون دربارداری استفاده می شود، که یکی از رایجترین روش های درمان، درمان دارویی بوده و از داروهای نظیر آدالات، هیدرالازین، لابتالول، ریفیدپین و غیره برای کنترل فشارخون استفاده می شود (۱، ۳۶، ۳۸) میزان اثربخشی دارو به میزان دوز مصرفی توسط بیمار، تشخیص شدت پرفشاری خون، مهار عوارض خطرناک مصرف بیش از حد دارو توسط بیمار، پش بینی ذخیره کافی و جلوگیری از عوارض ناشی از تجویز دوز ناکافی دارو توسط پزشک بستگی دارد (۳۹). آنچه بیشتر درمان دارویی را زیر سوال می برد این مسئله است که تاکنون اثر محافظتی داروهای ضد فشارخون درموارد پرفشاری خون بارداری و مزمن درمقابل پره اکلامپسی به اثبات نرسیده است (۴۰).

درمان های متداول غیر دارویی نیز شامل استراحت مطلق و یانسی در بستر، تغییر رژیم غذایی و کنترل وزن، فعالیت فیزیکی، استفاده از مکمل های آنژی اکسیدان بوده که اثرات نامشخصی در بهبود وضعیت مادری و جنینی دارند (۱).

مدیریت استرس و فن آرامسازی فیزیکی و تصویر سازی ذهنی یکی دیگر از روشهای غیردارویی است که برای کنترل فشارخون مورد استفاده قرار می گیرد (۴۱-۴۳). مطالعات اخیر نشان می دهد که این فن یکی از روش های موثر برای مقابله با عوامل استرس زا می باشد. با استفاده از این روش می توان آثار نامطلوب فیزیولوژیک ناشی از تنش را تعدیل کرد (۴۳، ۴۴).

آرامسازی یا تن آرامی یکی از روش های کاهش استرس است که قدمتی طولانی دارد و چهار اصل اساسی این روش اصل محیط ساکت، وضعیت بدنی مناسب، تمرکز حواس مقطعی و پذیرش مناسب می باشد. تاریخچه آموزش آرامسازی به شیوه ی نوین شامل دو مرحله مجزا از یکدیگر است. اولین مرحله با کار پیشگامانه ادموند جاکوبسون در سال (۱۹۳۴) آغاز شد. وی یک روش فیزیولوژی برای غلبه بر تنش و اضطراب به وجود آورد. او در اولین تحقیقات خود نتیجه گرفت که تنش در اثر جمع شدن (انقباض) بافت های عضلانی به وجود می آید و زمانی که فرد دچار اضطراب شده باشد، تنش را تجربه می کند. چنین اضطرابی را می توان با از بین بردن تنش برطرف نمود. مرحله دوم تحول این روش، با کارهای ژوزف^۱ و لپی^۲ (۱۹۴۸) و از طریق شرطی کردن متقابل ترس ها آغاز شد و بالاخره هربرت بنسون (۱۹۷۵) مطالعاتی در زمینه مراقبه انجام داد و در

^۱ Joseph

^۲ Lepei

نتیجه‌ی تحقیقات خود ارزش تنش زدایی را گوشزد نمود. از آن پس روش‌های مختلفی برای ایجاد پاسخ آرام سازی ابداع گردید (۴۵).

تمامی روش‌های آرام‌سازی را می‌توان به دو طبقه‌ی کلی تقسیم نمود. دسته اول فنون‌ی نظیر مراقبه که اصولاً بر مغز متمرکز است و با تصویرسازی ذهنی تنش و اضطراب را از روی ذهن برمی‌دارد. در ابتدا دستیابی به این نوع آرام‌سازی به ویژه برای افراد بسیار پریشان مشکل است. دسته دوم فنوری است که از طریق سست کردن ماهیچه‌های بدن پاسخ تن آرامی را تسهیل می‌کند. از نمونه‌های این روش یوگا، تنفس عمیق و آرام‌سازی پیشرونده عضلانی است (۴۵، ۴۶).

یکی از مواردی که هنوز کاملاً شناخته نشده است علت افزایش فشارخون دربارداری است (۹، ۴۷). اخیراً فرضیاتی در مورد نقش استرس در مورد اختلالات پرفشاری خون دربارداری و پره اکلامپسی بیان شده است (۴۰، ۴۱)، درحالی که تأثیر استرس به عنوان عاملی در ایجاد فشارخون اساسی تقریباً محرز است، این ارتباط علت و معلول ی دربارداری هنوز به اثبات نرسیده است (۴۳).

آموزش آرام‌سازی به عنوان یک روش موثر در اختلالات مربوط به استرس مورد استفاده قرار می‌گیرد. پاسخ آرام‌سازی حفظ تعادل هموستاتیک می‌باشد (۴۸). مطالعات محدودی تأثیر آرام‌سازی پیشرونده عضلانی را بر پرفشاری خون بارداری سنجیده‌اند. و مطالعات مختلف اثرات ضد ونقیضی در خصوص کاهش فشارخون در اثر آرام‌سازی پیشرونده عضلانی گزارش کردند (۴۹-۵۲).

براساس مطالعه بیکل و همکاران (۲۰۰۶) در هلسینکی که با هدف تعیین تأثیر آرام‌سازی پیشرونده عضلانی روی تغییرات فشارخون، پارامترهای ریوی، ضربان قلب، خشم و کیفیت زندگی در ارتباط با سلامتی در زنان باردار مبتلا به آسم ریوی انجام شد، مشخص گردید که فشارخون سیستولیک بطور معناداری پس از آرام‌سازی پیشرونده عضلانی کاهش می‌یابد اما تغییری در فشارخون دیاستولیک دیده نشد (۴۹).

بدوو^۱ و همکاران (۲۰۰۸) مطالعه مروری روی ۶۴ مقاله که از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۷ منتشر شده که از روشهای ذهن و بدن دربارداری استفاده کرده بودند، انجام دادند. نتایج نشان داد که آرام‌سازی پیشرفته عضلانی شایع‌ترین روش مورد استفاده در مطالعات بوده است. همچنین شواهد سودمندی استفاده از روشهای ذهن و بدن در زنان باردار را در کاهش استرس و اضطراب، وزن زمان تولد، طول مدت لپرو زایمان، استفاده از زایمان با وسیله (فورسپس و وانتوز) نشان داد. محققین انجام پژوهش‌های ساختار یافته‌ای برای تأثیرات مثبت بیشتر روشهای مختلف ذهنی و بدنی در آینده را توصیه کردند (۵۰).

¹Beddoe

جعفرنژاد و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه ای تأثیر آرامسازی پشرونده عضلانی را بر میزان فشارخون در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد بررسی کردند. نتایج مطالعه نشان داد که آرامسازی پشرونده عضلانی، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک را بطور معناداری در گروه مداخله کاهش داد (۵۱).

اورچ^۱ و همکاران (۲۰۱۰) مطالعه ای سه گروهی و آینده نگریا هدف مقایسه اثرات فور ی در تمرین آرامسازی پشرونده عضلانی و تصویرسازی ذهنی روی عملکرد روحی، ترشحی و قلبی عروقی زنان باردار، در سوییچ انجام دادند. نتایج نشان داد که هر چند اضطراب در هر دو گروه پس از مداخله کاهش داشت، اما هیچ یک از دوروش بر فشارخون سیستول و دیاستول تأثیری نداشته است (۵۲).

با توجه به اهمیت پرفشاری خون در بارداری و با در نظر گرفتن عوارض جانبی داروهای ضد فشارخون و عدم توانایی آنها در پیشگیری از بروز پره اکلامپسی، مطالعات محدودی در زمینه استفاده از فن آرامسازی جهت کنترل فشارخون در دنیا و ایران انجام شده است. همچنین در اکثر مطالعات انجام شده فقط به یکی از جنبه های آرامسازی (فیزیکی و یا ذهنی) پرداخته شده است، در حالیکه در بارداری مادر شرایطی را تجربه می کند که در آن هم جسم و هم ذهن به چالش کشیده می گردد و تنش و استرس فیزیکی و روانی شدیدی را مادر تجربه می کند، و اگر راهکارهای مناسب جهت تعدیل این فشار و استرس وجود نداشته باشد می تواند منجر به ایجاد اختلال بر عملکردهای سایکوبیولوژیکی شود. لذا بر آن شدیم تا تأثیر آموزش تمرینات آرامسازی فیزیکی و ذهنی را بر پرفشاری خون بارداری بررسی کنیم.

هدف کلی

تعیین تأثیر تمرینات آرامسازی فیزیکی و ذهنی بر پرفشاری خون بارداری

اهداف اختصاصی

- تعیین میزان فشارخون در زنان باردار در زمان ورود به مطالعه در گروه مداخله و کنترل
- تعیین میزان فشارخون در زنان باردار در پایان دوره مداخله در گروه مداخله و کنترل
- مقایسه میزان فشارخون در زنان باردار گروه مداخله قبل و بعد از مداخله
- مقایسه میزان فشارخون در زنان باردار گروه کنترل قبل و بعد از مداخله
- مقایسه میزان فشارخون در زنان باردار در پایان مطالعه در گروه مداخله با گروه کنترل

¹ Urech

اهداف کاربردی

آموزش و انجام تمرینات آرامسازی فیزیکی و ذهنی در زنان بارداری جهت کاهش فشارخون در صورت تأیید تأثیر این تمرینات در پایان مطالعه به مسئولین ذیربط پیشنهاد گردد.

فرضیه پژوهش

تمرینات آرامسازی فیزیکی و ذهنی در زنان مبتلا به پرفشاری خون بارداری می تواند باعث کاهش فشارخون گردد.

تعریف واژه ها

پرفشاری خون بارداری :

تعریف نظری: افزایش فشارخون بعد از هفته ۲۰ بارداری برای اولین بار در فردی که قبلاً سابقه پرفشاری خون نداشته است را پرفشاری خون بارداری می نامند که تا ۱۲ هفته بعد از زایمان به حد طبیعی برگشت می کند (۱، ۳). در صورت اضافه شدن پروتئینوری به فشارخون و یا ایجاد علائم شدت نظیر سردرد، تاری دید، درد بالای شکم و وارد مرحله پره اکلامپسی خواهد شد (۱).

تعریف عملی: افزایش فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه یا بیشتر بعد از هفته ۲۰ بارداری بدون وجود پروتئینوری تشخیص پرفشاری خون بارداری را مطرح می کند. البته تشخیص قطعی آن بعد از زایمان داده می شود.

آرامسازی :

تعریف نظری: آرامسازی یکی از مهمترین مهارتهایی است که با استفاده از آن می توان بر بدن خود کنترل پیدا کرد . همچنین آرامسازی به علت داشتن خواص درمانی گسترده از جمله کاهش درد و اختلالات خواب به عنوان یک روش درمانی کاهش استرس و اضطراب شناخته شده است (۴۲، ۴۳).

تعریف عملی: دسته اول انجام فنوری نظیر مراقبه که اصولاً در مغز متمرکز است و با تصویرسازی ذهنی تنش و اضطراب را از روی ذهن برمی دارد. دسته دوم فنون آرامسازی فیزیکی است که ابتدا مادر در وضعیت راحت و مناسبی قرار می گیرد و سپس با تمرکز روی تنفس عمیق و آرام کار شروع می شود و پس از آن ابتدا عضلات آگاهانه منقبض سپس شل و رها می شود هدف در این مرحله برداشتن آگاهانه تنش از روی عضلات می باشد .

فصل دوم

دانستنی های موجود در زمینه پژوهش

دانشتنی های موجود در زمینه پژوهش

این فصل شامل چارچوب پژوهش و مروری بر مطالعات می باشد.

چارچوب پنداشتی

چارچوب پنداشتی این پژوهش شامل مفاهیم پرفشاری خون بارداری، پره اکلامپسی و آرامسازی فیزیکی و ذهنی می باشد . تحت این مفهوم عناوینی چون تعریف فشارخون بارداری، اپیدمیولوژی، علل شایع و عوارض پرفشاری خون بارداری و آموزش و انجام آرامسازی عضلانی و ذهنی مورد بحث قرار گرفته، سپس به پیگیری جلسات انجام آرامسازی عضلانی و ذهنی و کنترل فشارخون و همچنین پیگیری تلفنی جهت انجام روزانه آرامسازی در منزل توسط پرستار پرداخته شده است.

پرفشاری خون بارداری

پرفشاری خون یکی از اختلالات شایع دوران بارداری و از علل مهم مرگ و میر مادر و نوزاد در تمام دنیا بوده (۱، ۲) و بطور متوسط ۱۲ تا ۲۲ درصد بارداری ها را دچار مشکل می کند (۳، ۴)

طبق آمار "مرکز ملی آمار بهداشتی" پرفشاری خون مرتبط با بارداری شایعترین عامل خطر طبی در بارداری بوده است و هنوز هم مرگ مادر در اثر این عارضه ، بعنوان یک تهدید باقی مانده است (۱). با وجود چند دهه تحقیق گسترده هنوز چگونگی آغاز یا تشدید پرفشاری خون در اثر بارداری ، حل نشده باقی مانده است و اختلالات فشارخون مهمترین مشکل حل نشده در رشته طب مامایی می باشد (۱)

پنج نوع اختلال فشارخون در بارداری وجود دارد. ۱- پرفشاری خون بارداری که زمانی مطرح می شود که برای اولین بار در طی بارداری فشارخون مادر به ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه رسیده اما در آنها پروتئینوری به وجود نیامده است . ۲- پره اکلامپسی که در آن علاوه بر افزایش فشارخون ، پروتئینوری ۳۰۰ میلی گرم یا بیشتر در ادرار ۲۴ ساعته نیز وجود دارد . ۳- اکلامپسی ، بروز تشنج از نوع تونیک کلونیک در زنان مبتلا به پره اکلامپسی که در آنان نمی توان تشنج را به علل دیگری نسبت داد. ۴- پره اکلامپسی اضافه شده به فشارخون مزمن در صورتی مطرح می شود که فشارخون مزمن قبل از هفته ۲۰ بارداری وجود داشته و بعد از هفته ۲۰ پروتئینوری به آن اضافه شود و یا شدت فشارخون و یا پروتئینوری به طور ناگهانی افزایش یابد . ۵- پرفشاری خون مزمن ، زمانی مطرح می شود که قبل از بارداری دچار فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه یا بیشتر بوده و در بارداری پروتئینوری به آن اضافه نشود. البته در موارد پرفشاری خون مزمن ۲۵ درصد احتمال افزوده شدن پره اکلامپسی به آن وجود دارد (۱).

عوامل خطر پرفشاری خون بارداری

پرفشاری خون بارداری با شیوع بیشتر در بارداری اول و زنان واقع در دوانتهای طیف سنی باروری (کمتر از ۱۸ و بیشتر از ۳۵) دیده می شود. همچنین میزان بروز عمیقاً تحت تاثیر تعداد بارداری و زایمان، نژاد و قومیت قرار دارد. سایر عوامل خطر ساز عبارتند از عوامل محیطی، اجتماعی - اقتصادی و حتی تأثیرات فصلی (۲، ۵، ۱۴، ۱۵). چندین عوامل خطر ساز دیگر که با پرفشاری خون بارداری مرتبط هستند عبارتند از چاقی، بارداری چند قلویی، سن مادر، هیپرهموسیستئینمی، و سندرم متابولیک (53). گرچه کشیدن سیگار در طی بارداری موجب عواقب زیانباری می شود ولی کشیدن سیگار موجب کاهش خطر بروز افزایش فشار خون در بارداری می شود. طبق فرضیه کروس و همکاران (۲۰۱۳) این موضوع به علت تأخیر سیگار کشیدن در تنظیم افزایشی بیان آدرنومدولین جفتی است که خود حجم هموستاز را تنظیم می کند (۵۴).

فشار خون بالای ناشی از بارداری به احتمال بیشتر در زنانی روی می دهد که : ۱- برای نخستین بار در آنها پرزهای جفتی ایجاد شده باشد. ۲- با پرزهای جفتی بیش از حد مثلاً در دو قلوها یا مول هیداتیفورم مواجه شده باشند. ۳- زمینه فعالیت سلولهای آندوتلیومی یا التهاب را داشته باشند مانند دیابت و یا بیماریهای قلبی و کل یوی ۴- از لحاظ ژنتیکی مستعد بروز فشار خون بالا در طی بارداری باشند (۱).

وجود جنین برای پرفشاری خون بارداری ضروری نیست اما وجود پرزهای کوریونی لازم است اگرچه ضروری نیست که این پرزها الزماً در رحم واقع باشند (۵۵).

زنان مبتلا به پرفشاری خون بارداری در بارداری اول، در مقایسه با زنان دارای فشار خون طبیعی، در بارداری دوم خود در معرض خطر بیشتری قرار دارند و در مقابل زنانی که در بارداری اول فشار خون طبیعی داشتند میزان بروز پرفشاری خون در بارداری بعدی بسپار کمتر از بارداری نخست خواهد بود (۵۶).

علت پرفشاری خون بارداری

نوشته های مربوط به پرفشاری خون بارداری حتی از ۲۲۰۰ سال قبل میلاد نیز یافت شده است (۵۷). مکانیسم های زیادی نیز جهت توضیح دلایل این عارضه ارائه شده است مواردی که در حال حاضر مهم شمرده می شوند شامل موارد زیر هستند:

۱ - لانه گزینی جفت با تهاجم تروفوبلاستی غیر طبیعی به عروق رحم

۲ - عدم تطابق و تحمل ایمونولوژیکی بین بافت های مادری و پدري جفتی و جنینی

۳ - عدم سازگاری مادر با تغییرات التهابی و قلبی عروقی بارداری

۴ - عوامل ژنتیکی مانند ژن مستعد کننده ارثی و یا تأثیرات اپی ژنیک

عوارض پرفشاری خون بارداری

پرفشاری خون در بارداری باعث افزایش عوارض متعدد مادری و جنینی در کشورهای درحال توسعه و توسعه یافته از جمله افزایش مرگ و میر جنین و نوزاد (۱۶-۱۸)، زایمان پره ترم (۱۹)، وزن کم زمان تولد (۱۹-۲۱) محدودیت رشد داخل رحمی (۲۲-۲۴)، کنده شدن زودرس جفت (۲۴)، افزایش زایمان به روش سزارین (۲۴، ۲۵)، نارسایی قلبی (۲۶)، نارسایی کلیه (۲۷) و سندرم هِلپ (۲۸، ۲۹) می شود.

پیش بینی و پیشگیری

درحال حاضر هیچ آزمون غربالگری معتبر، قابل اطمینان و مقرون به صرفه ای به این منظور وجود ندارد. هرچند ترکیبی از آزمون ها وجود دارد که برخی از آنها هنوز به درستی بررسی نشده اند و ممکن است نوید بخش باشند (۵۸). تدابیر مختلف جهت پیشگیری یا تعدیل پرفشاری خون بارداری وجود دارد. رژیم غذایی شامل رژیم کم نمک، مکمل کلسیم، روغن ماهی، ورزش شامل فعالیت فیزیکی و کشش، داروهای قلبی عروقی دیورتیک ها و داروهای ضد فشارخون بالا، آنتی اکسیدان ها شامل ویتامین C، ویتامین D، ویتامین E، و داروهای آنتی ترومبوتیک شامل آسپرین با دوز پایین، آسپرین همراه هپارین و آسپرین همراه کتانسرین از جمله این تدابیر است. اما بطور کلی هیچیک از این روش ها از کارآیی چشمگیر و قابل توجهی نداشته اند (۵۹).

درمان پرفشاری خون بارداری

هر بارداری که دچار عارضه فشارخون بالای ناشی از بارداری شده است، براساس شدت آن، سن بارداری و وجود پره اکلامپسی درمان می شود. پره اکلامپسی را نمی توان بطور قطع تشخیص داد به همین دلیل کالج زنان و مامایی آمریکا توصیه می کند هر بارداری همراه فشارخون بالا نیازمند ویزیت های دوران بارداری بیشتری می باشد. افزایش فشارخون سیستولی و دیاستولی در بارداری می تواند یک تغییر فیزیولوژیک و یا نشانه ای از یک پاتولوژی درحال شکل گیری باشد (۱). جهت کنترل فشارخون ارزیابی دقیق و کنترل بیشتر و استفاده از روشهای دارویی و غیر دارویی مرسوم می باشد. در روشهای دارویی از داروهای ضد فشارخون بالا نظیر: نظیر آدالات، هیدرآلازین، لابتالول، نیفیدپین استفاده می شود (۳۶، ۳۵).

روش های غیر دارویی مرسوم شامل کنترل رژیم غذایی، ورزش و فعالیت فیزیکی، استفاده از آرامسازی عضلانی و تصویر سازی ذهنی می باشد (۴۰).

یکی از روشهای غیردارویی که برای کنترل فشارخون مورد استفاده قرار می گیرد فن آرامسازی می باشد (۴۲، ۵۹). مطالعات اخیر نشان می دهد که این فن یکی از روش های موثر برای مقابله با عوامل استرس زا می باشد. با استفاده از این روش می توان آثار نامطلوب فیزیولوژیک ناشی از تنش را از بین برد و از بروز علائم آن که پرفشاری خون و سایر عوارض می باشد جلوگیری کرد (۶۰، ۶۱).

آرام سازی یا تن آرامی یکی از روش های کاهش استرس است که قدمتی طولانی دارد و چهار اصل اساسی این روش اصل محیط ساکت، وضعیت بدنی مناسب، تمرکز حواس مقطعی و پذیرش مناسب می باشد. اولین مرحله با کار پیشگامانه ادموند جاکوبسون^۱ (۱۹۳۴) آغاز شد. وی یک روش فیزیولوژی برای غلبه بر تنش و اضطراب به وجود آورد. او در اولین تحقیقات خود نتیجه گرفت که تنش در اثر جمع شدن (انقباض) بافت های عضلانی به وجود می آید و زمانی که فرد دچار اضطراب شده باشد، تنش را تجربه می کند. چنین اضطرابی را می توان بلز بین بردن تنش برطرف نمود (۶۲-۶۷).

برای اجرای برنامه آرام سازی پیشرونده عضلانی بایستی در یک وضعیت راحت مثل تکیه دادن یا دراز کشیدن طور ی که سر و کمر در وضعیت راحتی قرار بگیرد. پاها و دستها را نباید بر روی یکدیگر قرارداد. باید سعی شود حرکات بدن را به حداقل رساند، و چشم ها را بست تا از محیط خارجی آگاهی کمتری داشت و در هر قسمتی که تنگی لباس احساس شود باید آن را رها ساخت. در حین جلسه آرام سازی به آرامی و کندی و با نظم تنفس انجام می شود. هر کدام از گروه های عضلات را به مدت ۵ تا ۷ ثانیه سفت و منقبض می شود و سپس برای ۳۰ تا ۴۰ ثانیه شل و آرام می گردد. اگر فرد نوار روش اجرا را نداشته باشد، فرد دیگری بایستی وی را راهنمایی کند، واژه راهنما می تواند چیزی مثل سفت کن برای شروع مرحله تنش و واژه شل کن نشانه ای برای مرحله آرام سازی باشد (۶۴-۶۷).

لازم نیست مرحله تنش خیلی با افراط انجام شود و نباید هیچ گونه دردی در عضلات ایجاد کند. اگر درد یا گرفتگی در عضلات احساس شود، می توان مرحله تنش را کوتاه تر کرد. فقط کافی است عضلات را سفت کرد، لازم نیست آن ها را تحت فشار قرار داد. در ابتدای مرحله آرام سازی باید توجه را به احساسات پیوسته با کاهش تنش و افزایش آرامش عضلات، متمرکز نمود (۶۵-۶۷) د.

معمولا آرام ساختن هر گروه عضلانی دوبار انجام می شود، هر چند که تداوم توالی سفت کردن/شل کردن یک عضله خاص برای چند دفعه تا رسیدن به عمق آرامش مطلوب، اشکالی ندارد. تنوع زیادی در روش ها و توالی مورد استفاده وجود دارد؛ شیوه رایج شده در ذیل یک نمونه از آن هاست. وقتی که آرام سازی را تمرین کرده و در آن ماهر شوید، می بینید که لازم

¹Edmond Jacobson

بهت سعی کنید که آرام شوید بلکه باید اجازه بدهید که آرامش اتفاق بیفتد. تلاش فزاینده رمز موفقیت نیست بلکه باید موضع منفعلانه داشت، و خود را رها کرد و از این تجربه لذت برد.

۱. دست و بازوی غالب: دستتان را از مشت گره کرده وسفت نمایید، سپس شل کنید.
۲. دست و بازوی غیر غالب: دستتان را از مشت گره کرده و سفت نمایید، سپس شل کنید.
۳. بازوی بالایی غالب: بازوهایتان را تا آرنج خم کنید و دستتان را به سمت شانه بیاورید، سپس شل کنید.
۴. بازوی بالایی غیر غالب: بازویتان را تا آرنج خم کنید و دستتان را به سمت شانه بیاورید، سپس شل کنید.
۵. پشانی: ابروهایتان را بالا کشیده و به پشانی تان چین و چروک بدهید، سپس شل کنید.
۶. چشم ها: چشمانتان را محکم ببندید ، سپس شل کنید.
۷. پایین صورت و فک: دندان ها را گره کنید و گوشه دهانتان را سفت نمایید ، سپس شل کنید.
۸. شانه ها: شانه هایتان را به گونه ای بالا ببرید که انگار می خواهید گوش ها را لمس کنند، سپس شل کنید.
۹. قفسه سینه: یک نفس عمیق بکشید و آن را نگه دارید، سپس شل کنید.
۱۰. شکم: عضلات معده را سفت نموده ، سپس شل کنید.
۱۱. پاها (الف): انگشت های پاهایتان را به سمت پایین بکشید، از بدنتان دور نمایید، سپس شل کنید.
۱۲. پاها(ب): انگشت های پاها را به سمت بالا بکشید، به سمت بدنتان ببرید، سپس شل کنید.
۱۳. واریس کل بدن برای تنش باقی مانده: اگر تنش عضلانی فشاری را در عضلات خاصی تجربه می کنید، توالی سفت کردن/ شل کردن را برای آن گروه عضلات تکرار نمایید.
۱۴. زمانی را برای لذت بردن از احساسات آرامش در بدنتان اختصاص دهید.
۱۵. جلسه را با شمردن معکوس از ۵ تا ۱ پایان دهید و هر چه به یک نزدیک تر می شوید، هشیارتر شوید. وقتی به یک رسیدید چشمانتان را باز کنید.

این روش تقریباً ۲۰ تا ۳۰ دقیقه طول می کشد. برای اثربخشی بهینه باید تکنیک را منظم تمرین کنید. دوبار در روز عالی خواهد بود. وقتی که شروع به فراگیری روش آرام سازی می کنید، بهتر است که آن را در محیطی آرام و راحت، جایی که حواسپرتی ها به حداقل برسد و احتمال مختل شدن کم باشد، انجام شود. ای امر مستلزم آمادگی است اما ساده تر این است که توجه را به یادگیری تکنیک جلب کرد. وقتی که فرد در آرام سازی ماهر شد، می تواند تجربه یادگیری را به موقعیت های زندگی تان که مستلزم آرام سازی است (مانند محل کارتان، یک فعالیت اجرایی، موقعیت های اجتماعی)انتقال دهد (۶۷).

با گذشت زمان، افراد قادر خواهند شد گروه های عضلانی را به شیوه های واضحی با هم ترکیب نمایند. برای مثال رویه چهار گروه شامل گروه های ذیل است: (۱) دستها و بازوها (۲) سر (۳) قفسه سینه، شانه ها و شکم و (۴) پاها. ترکیب گروه های

عضلانی زمان اجرای روش را به کمتر از ۱۰ دقیقه می‌رساند. سرانجام افراد باید بتوانند تنها بپایاد آوردن احساس های گروه های عضلانی آرام شده توام با تنفس عمیق و یک کلمه راهنما مثل "آرام شوید" یا "رها شو" به سادگی به حالت آرامیده برسند. در نهایت باید بتوان فقط با شمارش معکوس همراه با تنفس عمیق به راحتی به این حالت آرامیده برسد. وقتی به این سطح رسیدند به سطح مهارتی مطلوب دست خواهند یافت. افراد باید به تمرین ادامه دهند و از این مهارت استفاده کنند. این یک وسیله قدرتمند برای مقابله با استرس است (۶۷،۶۸).

مرحله دوم تحول این روش، با کارهای ژوزف و لپی (۱۹۴۸) و از طریق شرطی کردن متقابل ترس ها آغاز شد و بالاخره هربرت بنسون (۱۹۷۵) مطالعاتی در زمینه مراقبه انجام داد و در نتیجه ی تحقیقات خود ارزش تنش زدایی را گوشزد نمود. از آن پس روش های مختلفی برای ایجاد پاسخ آرام سازی ابداع گردید (۴۵).

آرام سازی در چارچوب تئوری عمومی سیستم ها و فلسفه کل نگر توصیف می گردد. آرام سازی روشی پذیرفته شده و فنی مورد قبول در کاهش اضطراب است که به طور وسیع از آن استفاده می گردد اما نیازمند محیط آرام و مشارکت فعال واحدها در انجام دستورات دارد (۵۷).

اثرات آرام سازی

آموزش آرام سازی به عنوان یک روش موثر در اختلالات مربوط به استرس مورد استفاده قرار می گیرد. پاسخ آرام سازی حفظ تعادل هموستاتیک می باشد (۴۸). مطالعات اخیر نشان می دهند که این تمرین، یکی از روشهای موثر برای مقابله با استرسورها می باشد، با استفاده از این تکنیک می توان آثار نامطلوب فیزیولوژیک ناشی از تنش را از بین برد و از بروز علائم آن که پر فشاری خون و سایر عوارض می باشد جلوگیری کرد (۵۸).

مرور متون

با توجه به منابع موجود در دسترس به نظر می‌رسد که مطالعه ای در زمینه بکارگیری آرام سازس فیزیکی و ذهنی در پرفشاری خون بارداری در ایران انجام نشده و در سایر کشور های نیز مطالعات کمی انجام شد لذا بر رسی متون به منظور یافتن مطالعات انجام شده، با کلید واژه های فارسی پرفشاری خون بارداری، آرام سازی عضلانی، تصویر سازی ذهنی و همچنین کلید واژه های انگلیسی Hypertension, gestational hypertension, Relaxation, Muscle در Google scholar, Pubmed, Sid, Scopous, Iranmedex, Academic در relaxation, Guided Imagery, Search, انجام و مطالعات مشابه نیز مورد بررسی قرار گرفت. در بخش مروری بر مطالعات به ترتیب اولویت بر حسب

درجه مرتبط بودن با بیماران مبتلا به پرفشاری خون بارداری و سپس مطالعات مشابه آورده شده است؛ در آغاز مطالعات خارجی و سپس مطالعات ایرانی ذکر شد.

- اورچ^۱ و همکاران (۲۰۱۰) مطالعه ای با هدف مقایسه تأثیر دوروش آرامسازی پیشرفته عضلاری و تصویرسازی ذهنی بر شاخص سایکوبیولوژیکی در بارداری انجام داد.

۳۹ زن باردار سالم مراجعه کننده سرپایی به بیمارستان زنان باسل در یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده با طراحی تجربی تکرار اندازه گیری شرکت کردند. شرکت کنندگان به یکی از دو تکنیک تمدد اعصاب فعال، آرامسازی پیشرونده عضلاری (PMR) و یا هدایت ذهنی (GI)، و یا یک شرایط کنترل آرامش منفعل (گروه کنترل) قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها آرامش خود گزارش دهی در مقیاس آنالوگ بصری (VAS) و اضطراب حالت (STAI-S)، پارامترهای غدد درون ریز هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) محور (کورتیزول و ACTH) و سیستم-آدرنال و مدولاری (SAM) فعالیت سیستم (نوراپی نفرین و اپی نفرین)، و همچنین به عنوان پاسخهای قلبی عروقی (ضربان قلب، فشار خون سیستولیک و دیاستولیک) در چهار نقطه زمانی قبل و بعد از تمرینات تمدد اعصاب اندازه گیری شد.

نتایج نشان داد که گروه هدایت ذهنی در بالا بردن سطح آرامش در مقایسه با شرایط آرامسازی پیشرونده عضلاری و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. هدایت ذهنی همراه با آرامسازی پیشرونده عضلاری به طور قابل توجهی موثرتر بود. هدایت ذهنی با کاهش قابل توجهی در ضربان قلب همراه بود. اما تفاوت معناداری در فشار خون سیستولیک و دیاستولیک بدست نیامد. گروه کنترل و همچنین روش آرامش فعال، با کاهش فعالیت غدد درون ریز به جز اپی نفرین همراه بود.

روی هم رفته، این داده ها نشان می دهد که انواع مختلف از روش های آرامسازی اثرات مختلف بر روی سیستم های مختلف روانی و بیولوژیکی تنش دارد. هدایت ذهنی به خصوص در ایجاد آرامش خود گزارش دهی و کاهش فعالیت های قلبی و عروقی در زنان باردار موثر بوده است (۵۲).

در مطالعه فوق روش آرامسازی پیشرونده عضلاری و تجسم خلاق یا هدایت ذهنی و یا همان تصویرسازی ذهنی را به تنهایی در برای دو گروه اجرا کرده و با گروه کنترل مقایسه کردند. البته با توجه به کاهش اضطراب و ایجاد آرامش و کاهش ضربان قلب تفاوت معناداری در کاهش فشار خون گزارش نکردند. البته لازم به ذکر است که مطالعه فوق بر روی

¹ Urech

زنان باردار مبتلا به پرفشاری خون انجام نشده است. بهر حال در مطالعه حاضر هردوروش آرامسازی فیزیکی و ذهنی را در یک گروه مبتلا به پرفشاری خون بارداری استفاده و تأثیر آن را در کاهش فشار خون بررسی شد.

- ماکسول^۱ و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه سیستماتیک مروری و متاآنالیز برنامه های کاهش استرس را در بیماران مبتلا به فشارخون بالا بررسی کردند. از ۱۰۷ مطالعه ای که بر کاهش استرس و فشارخون بالا انجام شده بود ۱۷ مطالعه کارآزمایی بالینی که متدولوژی مناسبی داشتند مورد آنالیز قرار گرفتند. در این ۱۷ مطالعه از ۲۳ روش درمانی کاهش استرس بر روی ۹۶۰ بیمار مبتلا به فشار خون بالا بررسی شده بود.

نتایج نشان داد که تغییرات فشار خون در گروه مداخله با بیوفیدبک، تن آرامی وابسته به بیوفیدبک، تن آرامی بهیرونده عضلانی، و تمرینات مدیریت استرس اختلاف معناداری نشان نداد. اما در گروه مداخله با مدیتیشن ارتباط آماری معناداری با کاهش فشار خون بدست آمد ($p=0.002$).

شواهد موجود نشان می دهد که در میان روش های کاهش استرس برنامه مدیتیشن با کاهش قابل توجه میزان فشارخون همراه است (69)

- جعفرنژاد و همکاران (۲۰۱۱) مطالعه ای باهدف تعیین تأثیر آرامسازی عضلانی بر کنترل فشارخون دربارداران انجام دادند. در این کارآزمایی بالینی که طی سالهای ۸۹-۱۳۸۸ در مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد ۲۰۰ زن باردار با فشارخون سیستول مساوی و بیشتر از ۱۳۵ میلی متر جیوه و دیاستول مساوی و بیشتر از ۸۵ میلی متر جیوه به عنوان گروه کنترل و مداخله وارد مطالعه شدند. در گروه مداخله آرامسازی عضلانی به روش جاکوبسون به مدت ۴ هفته که یک جلسه در هفته بطور حضوری و در بقیه روزهای هفته با راهنمایی سری دی در منزل انجام می شد. فشارخون قبل و بعد از انجام تمرین در جلسه حضوری در گروه مداخله و قبل و بعد از ۱۵ دقیقه انتظار در گروه کنترل بدون مداخله خاصی اندازه گیری می شد. تجزیه و تحلیل با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

نتایج نشان داد که آرامسازی عضلانی، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک گروه مداخله را نسبت به گروه کنترل بطور معناداری کاهش داد ($111/2 \pm 79/2$ و $131/3 \pm 8/4$ ، $10/5 \pm 72/3$ و $117/3 \pm 9/2$ و $P=0/001$) محققین نتیجه گرفتند که آرامسازی عضلانی در کاهش فشارخون و درمان فشارخون بالا در دوران بارداری موثر است (۵۱).

در فوق مطالعه میانگین فشار خون سیستولیک قبل از مداخله $131/4$ میلی متر جیوه و فشارخون دیاستولیک $8/4$ بوده است. که اصلاً با تعریف پرفشاری خون در بارداری یعنی $140/90$ میلی متر جیوه و بیشتر هم خوانی ندارد. همچنین در مطالعه فوق فقط از روش آرامسازی فیزیکی استفاده کردند. در مطالعه حاضر افرادی را وارد کردیم که واقعاً مبتلا به

¹Maxwell

پرفشاری خون بارداری بودند و همچنین از روش آرامسازی فیزیکی و ذهنی با تأکید بر تمرکز بر تنفس پاک (دم و بازدم عمیق) استفاده شد.

- گل افشاری و همکاران (۲۰۰۷) مطالعه ای با هدف تعیین تأثیر آرامسازی پیشرونده عضلانی بر پرفشاری خون بیماران سکتة قلبی انجام دادند. این مطالعه به مدت ۱۳۸۶ بر ۴۰ بیمار مبتلا به سکتة قلبی با سابقه پرفشاری خون اولیه در بیمارستان امیر اعلم تهران انجام شد. بیماران بصورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند و قبل از انجام مداخله اطلاعات دموگرافیک و علائم حیاتی ثبت شدند. در گروه مداخله ۲ جلسه به مدت ۳ روز تکنیک آرامسازی پیشرونده عضلانی انجام و پس از اتمام هر جلسه مجدداً فشارخون بیماران کنترل و ثبت گردید. در گروه کنترل بدون مداخله پس از ۲۰ دقیقه مجدداً فشارخون کنترل و ثبت شد و نتایج با استفاده از آزمون های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج نشان داد که میانگین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بعد از مداخله کاهش یافته و با گروه کنترل تفاوت معناداری داشت ($P=0/001$ و $17/5/5 \pm 3/24$ و $3/83 \pm 3/6$).

محققین نتیجه گرفتند که آرامسازی پیشرونده عضلانی باعث کاهش فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در افراد مبتلا به سکتة قلبی با سابقه پرفشاری خون می شود و می تواند به عنوان درمان کمک آماری مورد استفاده قرار گیرد (۵۹).

- باتوجه به اینکه تعداد مطالعات در زنان بارداری مبتلا به پرفشاری خون بسیار کم بود مطالعه فوق را که روی پرفشاری خون در سالمندان کار شده بود به عنوان نمونه ای از مطالعاتی که تأثیر آرامسازی را در کاهش فشارخون تأیید می کند در مروری بر متون ذکر کردیم.

- رحیمی و همکاران (۲۰۱۴) مطالعه ای باهدف تعیین تأثیر آموزش تن آرامی بر میزان اضطراب زنان بارداری پرخطر انجام دادند. این کار آزمایی بالینی بر روی ۱۵۰ زن بارداری پرخطر ۳۲ تا ۳۵ هفته (۷۵ نفر در گروه تن آرامی و ۷۵ نفر در گروه کنترل) مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر شهرضا انجام شد. ابزار مورد استفاده پرسشنامه اطلاعات فردی و بارداری، پرسشنامه اضطراب اشلر برگر، چک لیست ثبت انجام تن آرامی بود. برای گروه تن آرامی علاوه بر مراقبت معمول دوران بارداری ۴ جلسه ۹۰ دقیقه ای کلاس آموزش تمرینات تن آرامی فعال به روش جاکوبس در طی ۴ هفته (هفته ای یکبار) برگزار شد. گروه کنترل فقط مراقبت معمول دوران بارداری را دریافت کردند. نمره اضطراب قبل و بعد از مداخله در هر گروه سنجیده شد. برای تجزیه و تحلیل از آزمون تی زوجی و تی مستقل استفاده شد.

نتایج میانگین نمره اضطراب قبل و بعد از مداخله در دو گروه اختلاف آماری معناداری نداشت، ولی میانگین نمره اضطراب بعد از مداخله در دو گروه اختلاف آماری معناداری را نشان داد و در گروه تن آرامی بعد از مداخله نمره اضطراب کاهش یافت ($P=0/001, 30/91 \pm 5/54, 42/57 \pm 6/87$).

محققین نتیجه گرفتند که آموزش تمرینات تن آرامی موجب کاهش اضطراب زنان باردار پرخطر می شود (۶۰).

- آوازه و همکاران (۲۰۱۴) مطالعه ای باهدف تعیین تأثیر آرامسازی پیشرونده عضلانی بر سبک زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی انجام دادند. در این مطالعه کارآزمایی بالینی دوسویه کور، ۶۶ بیمار مورد پژوهش پس از نمونه گیری، بطور تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. یک جلسه آشناسازی نمونه ها با اهداف و روش مداخله برگزار شد. گروه آزمون روزانه دو جلسه ۲۰ تا ۳۰ دقیقه ای به مدت ۲ ماه، ۱۲۰ جلسه تکنیک آرامسازی پیشرونده عضلانی را انجام دادند. ابزار جمع آوری شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سبک زندگی و چک لیست خودگزارش دهی بود.

نتایج مطالعه اختلاف معناداری را در چهار بعد سبک زندگی بعد از مداخله گزارش کرد ($p=0.05$). همچنین آزمون آنوا با اندازه های مکرر در سه زمان قبل، ۱ و ۲ ماه بعد از مداخله بین دو گروه تفاوت معناداری را نشان داد ($p=0.05$). محققین نتیجه گرفتند که اجرای تکنیک آرامسازی پیشرونده عضلانی بر ابعاد مختلف سبک زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی سبب اصلاح، تعدیل و بهبود سبک زندگی آنان خواهد شد (۷۰).

بر اساس نتایج مطالعات فوق آرامسازی به عنوان یک روش کاهش اضطراب و استرس پذیرفته می باشد. نتایج مطالعات به طور قطع کاهش فشارخون در اثر تمرینات آرامسازی را نشان نمی دهد و بعضاً نتایج مطالعات نتایج معناداری در اثر آرامسازی بر روی کاهش فشارخون نشان ندادند. همچنین مطالعات کمی به طور مستقیم تاثير آرامسازی فیزیکی و ذهنی را بر روی زنان باردار مبتلا به پرفشاری خون بارداری بررسی کرده اند. لذا مطالعه حاضر جهت بررسی تاثیر آرامسازی فیزیکی و ذهنی بر روی پرفشاری خون بارداری انجام شد.

فصل سوم

روش پژوهش

نوع پژوهش

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده می باشد که بر روی زنان باردار مبتلا به پرفشاری خون انجام شد. طی این مطالعه بیماران مبتلا به پرفشاری خون بارداری مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی کوثر پس بررسی و تایید پرفشاری خون بارداری ، انتخاب گردیدند.

جامعه پژوهش

جامعه مورد پژوهش کلیه زنان باردار ۳۲ تا ۴۰ هفته که دارای فشارخون ۱۴۰/۹۰ و بالاتر بدون پروتئینوری مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی کوثر قزوین بودند.

نمونه پژوهش

در این مطالعه نمونه مورد مطالعه از میان بیماران مبتلا به پرفشاری خون بارداری که مشخصات واحد های مورد مطالعه را دارا بودند، انتخاب گردیدند.

محاسبه حجم نمونه:

حجم نمونه بر اساس فرمول زیر ۳۶ نفر محاسبه که با احتساب ۱۰٪ ریزش ۸۰ نفر (در هر گروه ۴۰ نفر) در نظر گرفته شد.

μ_1 = میزان فشارخون در زمان ورود به مطالعه .

μ_2 = میزان فشارخون در انتهای مداخله .

$$\alpha=0.05$$

$$\beta=0.02$$

$$\mu_1=140$$

$$\mu_2=120$$

$$\alpha=12$$

$$(1-\beta) n = \frac{2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$(1-\beta) n = \frac{2(1.96+0.84)^2 144}{(140-120)^2} = 36$$

روش نمونه گیری

نمونه گیری به روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. سپس بیماران با استفاده از روش تخصیص تصادفی ساده براساس گوی سبز و آبی در دو گروه مداخله (گوی سبز) و کنترل (گوی آبی) قرار داده شدند.

معیارهای ورود به مطالعه

معیارهای ورود بیماران شامل موارد ذیل می باشد:

۱. زنان باردار ۳۶-۲۰ هفته که حاضر به همکاری بودند و مشخصات نمونه را داشتند؛
۲. فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بالاتر بدون پروتئینوری داشته باشند؛
۳. بارداری تک قلو؛
۴. داشتن سواد خواندن و نوشتن.

معیار خروج از مطالعه

معیار خروج بیماران شامل موارد ذیل می باشد:

۱. پره اکلامپسی، اکلامپسی و سندرم هلمپ؛
۲. فشارخون سیستولیک مساوی و بیشتر از ۱۶۰ میلی متر جیوه؛
۳. فشارخون دیاستولیک مساوی و بیشتر از ۱۱۰ میلی متر جیوه؛
۴. ابتلا به بیماریهای مزمن (دیابت، بیماریهای کلیوی، بیماریهای قلبی و عروقی، فشار خون مزمن، و...)
۵. داشتن انقباض رحمی و خونریزی واژینال؛
۶. استفاده از مواد روانگردان و سیگار و الکل.

محیط مطالعه

این پژوهش در مرکز آموزشی - درمانی کوثرشهر قزوین انجام شد.

ابزار گردآوری اطلاعات

ابزار مطالعه چک لیست است که توسط پژوهشگر تدوین شد. چک لیست شامل چهار بخش اطلاعات جمعیت شناختی، اطلاعات بارداری، اطلاعات مربوط به جلسات آرامسازی و کنترل فشارخون قبل و بعد از جلسه می باشد. روایی چک لیست ها به روش روایی محتوایی با نظر ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی گروه پرستاری و مامایی دانشکده پرستاری قزوین تعیین شد.

روش مداخله

در این پژوهش زنان باردار مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی کوثر شهرستان قزوین که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب و سپس بامصاحبه و اخذ رضایتنامه کتبی آگاهانه و پرکردن چک لیست و گرفتن شرح حال کامل و انجام معاینه بالینی نمونه ها وارد پژوهش شدند. نمونه ها را به طور تصادفی با گوی سبز و آبی به دو گروه مداخله (گوی سبز) و کنترل (گوی آبی) تقسیم کردیم. دو گروه تا پایان دوره مداخله پیگیری شدند. در پیگیری فشارخون و علائم پره اکلامپسی و شدت آن و سلامت جنین (کنترل صدای قلب و ارتفاع رحم از نظر رشد جنین) بررسی شد.

برای افتراق بین پرفشاری خون بارداری با فشارخون مزمن پژوهشگر مواردی که اولین بار بعد از سن ۲۰ هفته بارداری مبتلا به افزایش فشارخون شده باشند و هیچ سابقه قبلی از فشارخون قبل از بارداری یا در زمان بارداری قبلی نداشتند وارد پژوهش کرد. گروه کنترل مراقبت های پزشکی مربوط به بارداری و فشارخون را دریافت کردند و فقط هفته ای دوبار که جهت کنترل فشارخون به درمانگاه مراجعه می کردند فشارخون آنها قبل و بعد از ۱۵ دقیقه استراحت اندازه گیری شد.

در گروه مداخله علاوه بر مراقبتهای پزشکی معمول، هفته ای ۲ بار در کلاس آموزش مادران باردار بیمارستان کوثر با استفاده از روش جاکوبسن^۱ (۶۰) به مدت ۳۰ دقیقه در جلسه آرامسازی پیشرفته عضلانی و تصویرسازی ذهنی (۲۰ دقیقه اول آرامسازی فیزیکی به صورتی که ابتدا مادر در وضعیت راحت و مناسبی قرار می گیرد و سپس با تمرکز روی تنفس به صورت تنفس عمیق و آرام کار را شروع کردیم و پس از آن انقباض را از عضلات سرو صورت شروع کرده تا به عضلات کف پا رسید. ابتدا عضلات آگاهانه منقبض و سپس شل و رها می شد. هدف در این مرحله برداشتن آگاهانه تنش از روی عضلات بود و پس از آن ۱۰ دقیقه مرحله تصویرسازی ذهنی شروع می شد.) شرکت کردند. کلاس های توسط پژوهشگر و با استفاده از CD آرامسازی پیشرفته عضلانی و تصویرسازی ذهنی اداره می شد. در جلسه اول قبل از شروع کلاس در خصوص آرامسازی و فواید آن و هدف از انجام آن برای بیماران توضیح داده شد.

در بقیه روزهای هفته با راهنمایی لوح فشرده حاوی روند آرامسازی پیشرفته عضلانی و تصویرسازی ذهنی مشابه آنچه در کلاس انجام داده بودند، تمرین آرامسازی و تصویرسازی ذهنی در منزل را ادامه دادند. این دوره ۸ هفته طول کشید. شرکت کنندگان در هر جلسه ۳ تا ۶ نفر بودند. زمانی که مددجو تک تک عضلات خود را منقبض و شل ساخت قادر است به راحتی و به طور خود به خود تمام بدن خود را با روشی که فرا گرفته شل و رها سازد و از اضطراب، استرس و هرگونه احساس ناخوشایند روحی، روانی و جسمی پاک نماید (۶۱، ۶۲).

¹Jacobson

روش اجرای تصویرسازی ذهنی بدین صورت اجرا شد که مددجو پس از رهایی و شل سازی کامل عضلانی و قرار گرفتن در وضعیت مناسب ، با تمرکز بر تنفس های عمیق و آرام و موسیقی مناسب ریلکسیشن که تعدادت های آن کمتر از ضربان قلب بود ، با صدای پژوهشگر وارد فضای خوشایندی شدند که در مصاحبه اولیه با مددجو مورد علاقه وی بود و یا خاطره خوشایندی در آن فضا داشت، سپس با دعا و آرزوی سلامتی برای مادر و جنین همراهش وی را تشویق به باز کردن چشمان و ادامه زندگی در شرایطی بسیار آرام و بدون استرس می کردیم.

کلاس های آرام سازی توسط پژوهشگر که دوره آرام سازی را گذرانده و گواهی آرام سازی را از جهاد دانشگاهی تهران دریافت کرده بود اداره می شد.

فشارخون قبل و بعد از جلسات آرام سازی اندازه گیری و ثبت شد. برای گروه کنترل نیز بدون انجام مداخله دو بار در هفته قبل و بعد از ۱۵ دقیقه استراحت، فشارخون اندازه گیری و ثبت شد.

نحوه اندازه گیری فشارخون

فشارخون شریان بازویی در هر جلسه توسط یک دستگاه فشارسنج جیوه ای که از قبل کالیبره شده و دقت آن توسط مهندس تجهیزات پزشکی بیمارستان تأیید شده ، اندازه گیری شد. در تمام موارد اندازه گیری از بازوی راست و در وضعیت نشسته انجام شد. در تمام موارد اندازه گیری ها توسط یک نفر و در تمام جلسات قبل و بعد از مداخله انجام شد.

در گروه کنترل فشارخون هفته ای دوبار در زمان مراجعه به درمانگاه جهت کنترل فشارخون در وضعیت نشسته و از بازوی راست قبل و بعد از ۱۵ دقیقه استراحت کنترل شد.

اندازه گیری و ثبت فشارخون ها توسط یک ماما در درمانگاه انجام شد که اطلاعی از اینکه بیماران در کدام گروه قرار دارند نداشت.

تجزیه و تحلیل داده ها

برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد. از روشهای آمار توصیفی برای ارائه اطلاعات کلی ، جهت مقایسه قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش از آزمون t زوجی و برای مقایسه بین گروه آزمون و کنترل از آزمون t مستقل ، برای مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون کای دو استفاده شد. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ تعیین گردید.

ملاحظات اخلاقی

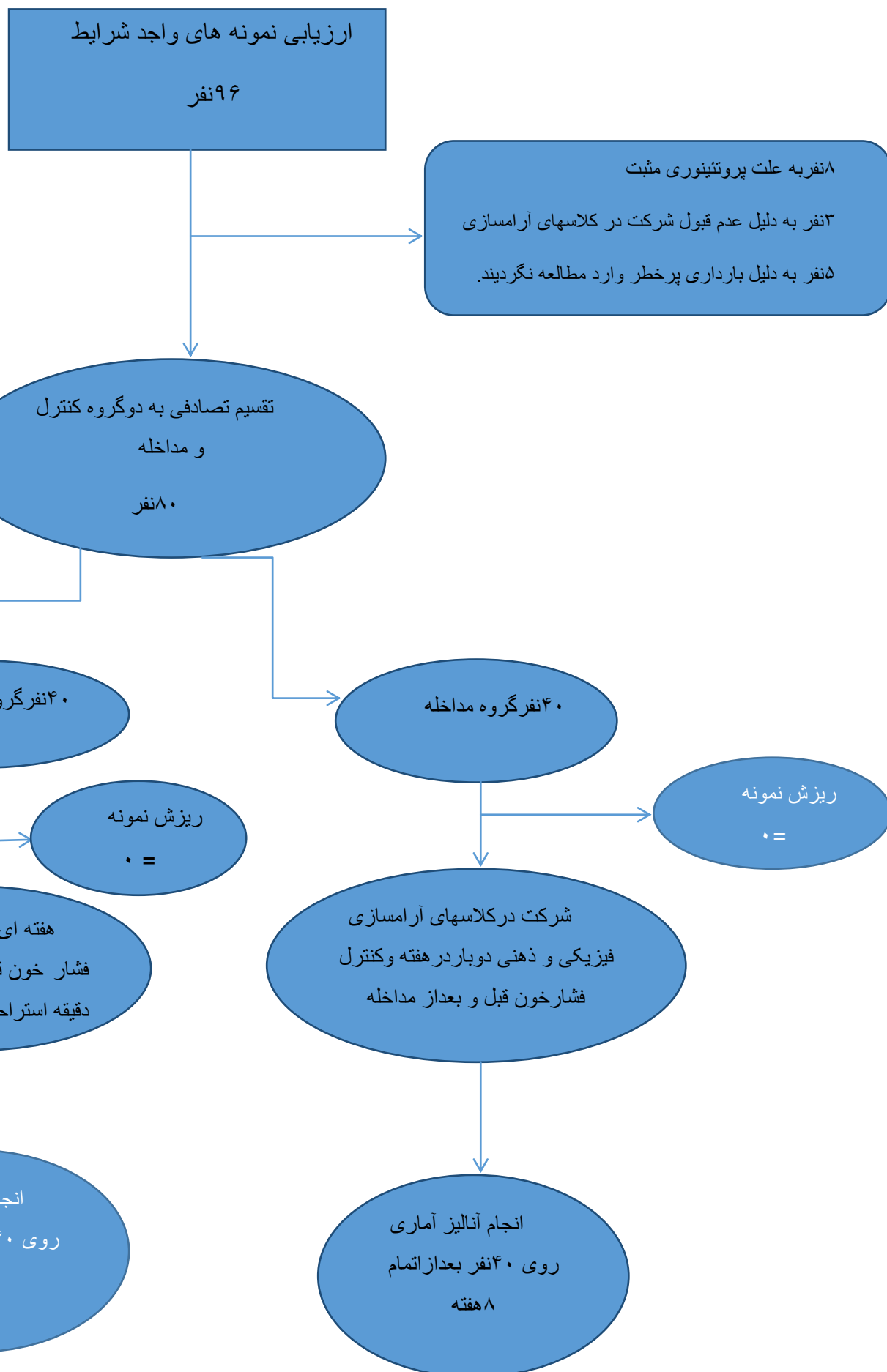
۱ - پژوهشگر با ارائه نامه کتبی از دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین به بیمارستان کوثر، از ریاست بیمارستان مجوز انجام پژوهش را دریافت نمود.

۲ - هدف از انجام پژوهش برای مسئولین محیط پژوهش توضیح داده شد.

- ۳ - آگاهی لازم در مورد مطالعه و اجازه تصمیم گیری برای شرکت در مطالعه به نمونه ها داده شد.
 - ۴ - اطمینان کافی در مورد محرمانه بودن اطلاعات به کلیه نمونه های پژوهش داده شد.
 - ۵ - اجرای برنامه مداخله ای هیچگونه عارضه ای برای نمونه ها نداشته و سلامت آنها را به مخاطره نمی اندازد.
 - ۶ - رضایت نامه کتبی از نمونه ها اخذ گردید.
 - ۷ - در استفاده از منابع علمی نهایت دقت در رعایت حقوق ادبی و حفظ امانت در برگرداندن مطالب به زبان فارسی با ذکر منبع صورت گرفت.
 - ۸ - از کلیه مسئولین و اساتید نامبرده تشکر کتبی به عمل آمد.
- ثبت مطالعه در سایت کآزمایی بالینی ایران (IRCT) ۲۰۱۶۰۴۱۸۱۱۱۳N4

جدول متغیرها

عنوان متغیر	مستقل	وابسته	کمی		کیفی		تعریف علمی	مقیاس
			پیوسته	گسسته	اسمی	رتبه ای		
آرامسازی	*						فنی برای آرام کردن عضله های بدن است که با استفاده از آن می توان از فشاری که بر اعضای بدن وارد شده است رها شدن و هم زمان با تمرکز درست ذهن خود را رها آرام کرد.	انجام می دهند. انجام نمی دهند.
فشارخون سیستمولیک	*						میزان فشار خون سیستمولیک قبل از مداخله	میلی مترجیوه
فشارخون دیاستولیک	*						میزان فشار خون دیاستولیک قبل از مداخله	میلی مترجیوه
سن مادر			*				سن براساس شناسنامه	سال
میزان تحصیلات مادر	*				*		خواندن و نوشتن ، سیکل، دیپلم، دانشگاهی	براساس گفته مادر
تعداد بارداری	*		*				بارداری که با تست خون و یا ادرار آزمایشگاهی و یا سونوگرافی تأیید شده باشد.	تعداد دفعاتی که باردار شده است
تعداد زایمان	*		*				ختم بارداری در سن بالای ۲۲ هفته بارداری	تعداد دفعاتی که زایمان کرده است



فصل چہارم

یافتہ‌ها

۴-۱ مقدمه

در این فصل با استفاده از یافته های حاصل از پژوهش به توصیف متغیر های دموگرافیک بیماران مورد مطالعه؛ و نتایج مربوط به اهداف و فرضیات مطالعه پرداخته شده است.

در مطالعه حاضر تعداد ۸۰ بیمار با توجه به معیار های ورود و خروج، وارد مطالعه شدند که ۴۰ بیمار در گروه کنترل و ۴۰ بیمار در گروه مداخله قرار داشتند. تعداد ریزش نمونه ها صفر بود. دامنه سنی بیماران از ۱۸ سال تا ۳۵ سال بوده است که میانگین سن بیماران در گروه کنترل ۳۱ با انحراف معیار ۷/۴۶ و در گروه مداخله ۳۱/۴۲ با انحراف معیار ۷/۱۲ بوده است. میانگین فشارخون در زمان ورود به مطالعه در گروه کنترل ۱۴۳.۸/۹۵.۷ میلی مترجیوه و در گروه مداخله ۱۴۴.۶/۹۵.۶ میلی مترجیوه بوده است.

برای گروه مداخله تعداد ۱۶ جلسه آرامسازی در طول مطالعه برقرار شد. و تعداد ۴۰ تماس تلفنی با شرکت کنندگان در مطالعه در طول مدت مداخله گرفته شد. موارد تماس تلفنی جهت یادآوری انجام برنامه آرامسازی و سوالاتی در مورد وجود مشکلات و یا سوالاتی در مورد نحوه انجام آرامسازی، وجود استرس، وجود سردرد، درد بالای شکم، اختلالات بینایی، تهوع و اسهال در بیمار بوده است.

۴-۲- یافته ها

جدول ۴-۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار سن مادر در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	کنترل		مداخله	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن	۳۱	۷.۴۶	۳۱.۴۲	۷.۱۲
نتیجه آزمون آماری	$P=۰.۹۷۳$		$t=-۰.۲۶۱$	

مطابق جدول ۴-۱، با استفاده از آزمون آماری تی تفاوت آماری معنی داری بین سن دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت ($p=۰/۹۷۳$).

جدول ۴-۲: مقایسه توزیع نرمال سن مادر در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	کنترل		مداخله	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن	۳۱	۷.۴۶	۳۱.۴۲	۷.۱۲
نتیجه آزمون آماری	$P=۰.۲$		$df=80$	

مطابق جدول ۴-۲، با استفاده از آزمون آماری مولموگروف- اسمیرنف توزیع سن مادران در دو گروه مداخله و کنترل نرمال بود ($P=۰/۲$).

جدول ۳-۴: مقایسه فراوانی میزان تحصیلات در دو گروه کنترل و مداخله

مداخله		کنترل		گروه
درصد	تعداد	درصد	تعداد	میزان تحصیلات
۳۰.۰	۱۲	۳۵.۰	۱۴	زیردیپلم
۱۷.۵	۷	۲۲.۵	۹	دیپلم
۵۰.۰	۲۰	۴۲.۵	۱۷	لیسانس
۲.۵	۱	۰	۰	بالا تراز لیسانس
۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	جمع
$df=3$		$P=0.649$		نتیجه آزمون آماری

مطابق جدول ۳-۴، بیشترین تعداد شرکت کنندگان در مطالعه تحصیلات زیردیپلم، و فقط ۱ نفر تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند، که با استفاده از آزمون کای دو تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت ($p=0.649$).

جدول ۴-۴: مقایسه فراوانی شغل مادر در دو گروه کنترل و مداخله

مداخله		کنترل		گروه
درصد	تعداد	درصد	تعداد	شغل مادر
۴۵.۰	۱۸	۳۷.۵	۱۵	خانه دار
۳۰.۰	۱۲	۳۲.۵	۱۳	کارمند
۲۵	۱۰	۳۰.۰	۱۲	کارگر
۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	جمع
$df=2$		$P=0.782$		نتیجه آزمون آماری

مطابق جدول ۴-۴، بیشترین تعداد شرکت کنندگان در پژوهش در دو گروه به ترتیب خانه دار، کارمند و در رتبه سوم کارگر بودند. با استفاده از آزمون کای دو تفاوت آماری معنی داری بین شغل مادر در دو گروه وجود نداشت ($p=0.782$).

جدول ۴-۵: مقایسه فراوانی و درصد تعداد بارداری در دو گروه مداخله و کنترل

مداخله		کنترل		گروه
درصد	تعداد	درصد	تعداد	تعداد بارداری
۴۷/۵	۱۹	۴۲/۵	۱۷	بارداری اول
۲۱/۵	۱۱	۴۲/۵	۱۷	بارداری دوم
۱۵/۰	۶	۱۲/۵	۵	بارداری سوم
۱۰/۰	۴	۲/۵	۱	بارداری چهارم
۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	جمع
		$df=3$	$P=0.349$	نتیجه آزمون آماری

مطابق جدول ۴-۵، با استفاده از آزمون آماری کای دو تفاوت آماری معنی داری بین تعداد بارداری در دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت ($p=0.349$).

جدول ۴-۶: مقایسه فراوانی و درصد تعداد زایمان در دو گروه مداخله و کنترل

مداخله		کنترل		گروه
درصد	تعداد	درصد	تعداد	تعداد زایمان
۵۷/۵	۲۳	۵۷/۵	۲۳	نزاییده
۲۷/۵	۱۱	۴۰/۰	۱۶	زایمان اول
۱۵/۰	۶	۲/۵	۱	زایمان دوم
۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	جمع
		$df=2$	$P=0.106$	نتیجه آزمون آماری

مطابق جدول ۴-۶، با استفاده از آزمون آماری کای دو تفاوت آماری معنی داری بین تعداد زایمان در دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت ($p=0.106$).

جدول ۴-۷: مقایسه میانگین و انحراف معیار سن بارداری در زمان ورود به مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل

گروه		کنترل		مداخله
سن بارداری (هفته)		میانگین	انحراف معیار	میانگین
سن بارداری در زمان ورود به مطالعه		۲۶.۰۷	۳.۳۵	۲۶.۰۵
نتیجه آزمون آماری		$P=0.988$	Mann-Whitney U = ۷۹۸.۵۰۰	
			انحراف معیار	۳.۴۶

مطابق جدول ۴-۷، با استفاده از آزمون آماری من ویتنی تفاوت آماری معنی داری بین سن بارداری در زمان ورود به مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت ($p=0.988$).

جدول ۴-۸: مقایسه میانگین و انحراف معیار فشارخون در زمان ورود به مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل

گروه		کنترل		مداخله
فشارخون		میانگین	انحراف معیار	میانگین
سیستولیک		۱۴۳.۳۳	۳.۰۷	۱۴۴.۴۵
دیاستولیک		۹۶.۳۷	۳.۳۹	۹۵.۵۰
نتیجه آزمون آماری سیستول		$P=0.850$	Mann-Whitney U = 782.500	
نتیجه آزمون آماری دیاستول		$P=0.858$	Mann-Whitney U = 782.500	
			انحراف معیار	۳.۶۹

مطابق جدول ۴-۸، با استفاده از آزمون من ویتنی تفاوت آماری معنی داری بین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در زمان ورود به مطالعه در دو گروه کنترل و مداخله وجود نداشت ($P=0.850$, $p=0.858$).

جدول ۴-۹: مقایسه میانگین و انحراف معیار فشارخون قبل و بعد از مداخله در گروه مورد مداخله

فشارخون سیستولیک		فشارخون دیاستولیک		گروه
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مداخله
۱۴۴.۶۲	۱.۷۴	۹۵.۶۲	۳.۹۵	قبل از مداخله
۱۳۱.۰۰	۲.۰۲	۸۰.۳۷	۲.۳۷	بعد از مداخله
$P=0.000$	Mann-Whitney U = ۰.۰۰۰			نتیجه آزمون آماری سپیستولیک
$P=0.000$	Mann-Whitney U = ۰.۰۰۰			نتیجه آزمون آماری دیاستولیک

مطابق جدول ۴-۹، با استفاده از آزمون آماری من ویتنی میانگین و انحراف معیار فشارخون در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله کاهش آماری معناداری را نشان داد ($p=0/000$).

جدول ۴-۱۰: مقایسه میانگین و انحراف معیار فشارخون قبل و بعد از مطالعه در گروه کنترل

فشارخون سیستولیک		فشارخون دیاستولیک		گروه
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	کنترل
۱۴۳.۸۸	۴.۰۰	۹۵.۷۵	۴.۱۶	قبل از مطالعه
۱۵۰.۰۰	۱.۶۷	۹۷.۸۲	۲.۹۵	بعد از مطالعه
$P=0.000$	$t = -۴۵.۹۵$			نتیجه آزمون آماری سپیستولیک
$P=0.000$	$t = -۲۹.۱۴$			نتیجه آزمون آماری دیاستولیک

مطابق جدول ۴-۱۰، با استفاده از آزمون آماری من ویتنی میانگین و انحراف معیار فشارخون در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله افزایش آماری معناداری را نشان داد ($p=0/000$).

جدول ۱۱-۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار فشارخون قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و مداخله

مداخله		کنترل		گروه
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	فشارخون
۱.۷۴	۱۴۴.۶۲	۴.۰۰	۱۴۳.۸۸	سیستولیک قبل از مطالعه
۲.۰۲	۱۳۱.۰۰	۱.۶۷	۱۵۰.۰۰	سیستولیک بعد از مطالعه
۳.۹۵	۹۵.۶۲	۴.۱۶	۹۵.۷۵	دیاستولیک قبل از مطالعه
۲.۳۷	۸۰.۳۷	۲.۹۵	۹۷.۸۲	دیاستولیک بعد از مطالعه
		$t = -۴۵.۹۵$	$P = ۰.۰۰۰$	نتیجه آزمون آماری سیستولیک
		$t = -۲۹.۱۴$	$P = ۰.۰۰۰$	نتیجه آزمون آماری دیاستولیک

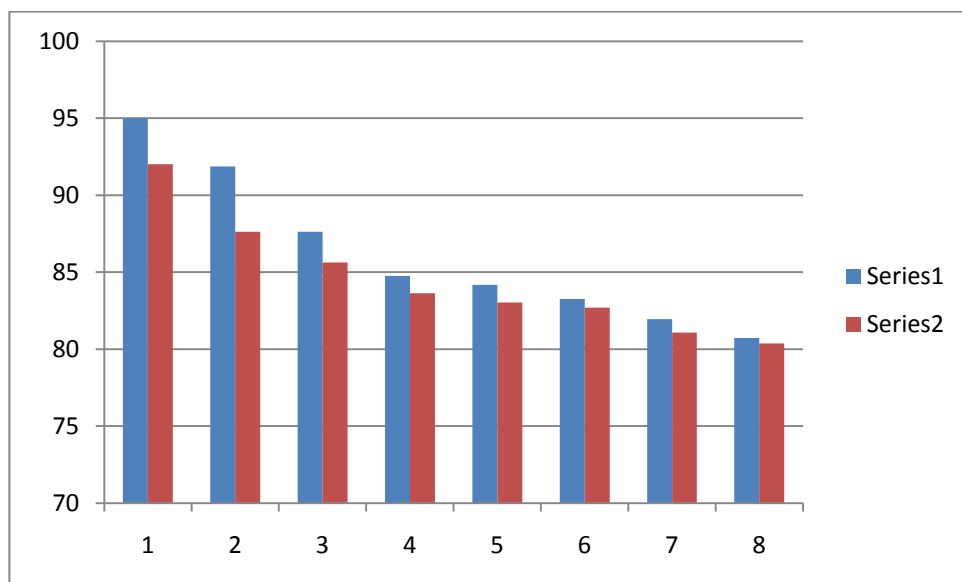
مطابق جدول ۱۱-۴، با استفاده از آزمون آماری تی مستقل میانگین و انحراف معیار فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری را نشان داد بطوریکه میزان فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در گروه مداخله کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل داشت ($p=۰/۰۰۰$).

جدول ۱۲-۴: مقایسه میانگین فشارخون سیستولیک قبل و بعد از مداخله در جلسات حضوری در گروه مداخله

بعد از مداخله		قبل از مداخله		فشارخون سیستول
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۲.۴۹	۱۴۲.۶۵	۲.۴۸	۱۴۵.۵۰	هفته اول
۲.۵۶	۱۳۹.۹۸	۲.۸۹	۱۴۲.۵۵	هفته دوم
۴.۰۱	۱۳۸.۷۵	۲.۸۸	۱۴۰.۵۵	هفته سوم
۵.۳۸	۱۳۵.۷۵	۴.۹۰	۱۳۷.۱۲	هفته چهارم
۴.۶۶	۱۳۳.۸۸	۶.۰۶	۱۳۵.۴۲	هفته پنجم
۳.۴۱	۱۳۲.۹۰	۵.۲۷	۱۳۳.۹۵	هفته ششم
۴.۱۷	۱۳۲.۷۲	۴.۳۴	۱۳۳.۲۸	هفته هفتم
۲.۰۲	۱۳۱.۰۰	۲.۸۱	۱۳۲.۷۸	هفته هشتم
		$df=۱$	$P = ۰.۰۰۰$	

مطابق جدول ۱۲-۴، با استفاده از آزمون *Repeated Measure* میانگین فشارخون سیستولیک قبل و بعد از مداخله در هر هفته باهم مقایسه شد که کاهش آماری معنی داری در فشارخون سیستول قبل و بعد از مداخله وجود داشت ($p=۰/۰۰۰$).

نمودار ۱-۴: مقایسه میانگین فشارخون سیستولیک قبل و بعد از مداخله در جلسات حضوری در گروه مداخله



مطابق نمودار ۱-۴، میانگین فشارخون سیستولیک در گروه مداخله قبل و بعد از جلسات حضوری کاهش معناداری را نشان داد ($P=0/000$).

جدول ۱۳-۴: مقایسه میانگین فشارخون دیاستولیک قبل و بعد از مداخله در جلسات حضوری در گروه مداخله

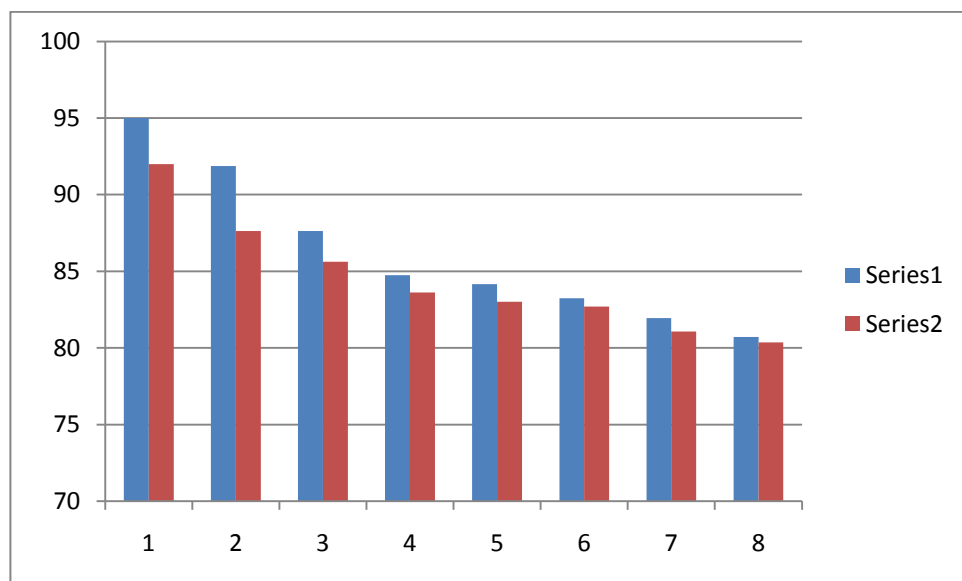
فشارخون دیاستول		قبل از مداخله		بعد از مداخله	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
هفته اول	۹۵.۰۰	۳.۹۲	۹۲.۰۰	۲.۴۸	
هفته دوم	۹۱.۸۷	۲.۴۵	۸۷.۶۲	۲.۵۲	
هفته سوم	۸۷.۶۲	۲.۵۲	۸۵.۶۲	۳.۰۳	
هفته چهارم	۸۴.۷۵	۳.۱۹	۸۳.۶۲	۳.۵۴	
هفته پنجم	۸۴.۱۷	۳.۵۲	۸۳.۰۲	۴.۱۰	
هفته ششم	۸۳.۲۵	۴.۵۷	۸۲.۷۰	۳.۵۵	
هفته هفتم	۸۱.۹۵	۳.۱۲	۸۱.۰۷	۲.۸۳	
هفته هشتم	۸۰.۷۲	۲.۵۶	۸۰.۳۷	۲.۳۷	
$P = ۰.۰۰۰$		$df=۱$			

مطابق جدول ۱۳-۴، با استفاده از آزمون *Repeated Measure* میانگین فشارخون دیاستولیک قبل و بعد از مداخله

در هر هفته باهم مقایسه شد که کاهش آماری معنی داری در فشارخون سیستول قبل و بعد از مداخله وجود داشت

$(p=۰/۰۰۰)$.

نمودار ۲-۴: مقایسه میانگین فشارخون دیاستولیک قبل و بعد از مداخله در جلسات حضوری در گروه مداخله



مطابق نمودار ۲-۴، میانگین فشارخون دیاستولیک در گروه مداخله قبل و بعد از جلسات حضوری کاهش معناداری را نشان داد ($P=0/000$).

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

مطالعات مختلفی در خارج از کشور در مورد تأثیر آرامسازی براسترس دربارداری صورت گرفته است که این مطالعات بر روی بیماران مختلفی انجام شده است، اما مطالعات در زمینه پرفشاری خون بارداری اندک است که در این فصل ضمن ارائه خلاصه ای از نتایج پژوهش حاضر، متناسب با اهداف مطالعه، یافته ها مورد بحث قرار گرفته، سپس نتیجه گیری نهایی، کاربرد یافته های پژوهش و پیشنهاداتی جهت پژوهش های بعدی ارائه می گردد.

بحث و تفسیر یافته های پژوهش

در مطالعه حاضر تأثیر آرامسازی فیزیکی و ذهنی بر روی پرفشاری خون بارداری مورد بررسی قرار گرفت و نتایج کلی نشان داد که با توجه به شرایط مطالعه حاضر، آرامسازی فیزیکی و ذهنی در کاهش فشارخون بارداری تأثیر مثبت داشته است که می تواند نشان دهنده آن باشد که آموزش و انجام برنامه های آرامسازی فیزیکی و ذهنی در دوران بارداری میتواند نتایج مثبتی در زمینه کاهش فشارخون به همراه داشته باشد.

طبق نتایج مطالعه آرامسازی فیزیکی و ذهنی میانگین فشارخون سیستولیک را ۱۳.۶۲ میلیمتر جیوه و می انگین فشارخون دیاستولیک را حدود ۱۵.۲۵ میلیمتر جیوه کاهش داد و این نکته قابل توجه بود که کاهش فشارخون از هفته اول مداخله محسوس بود.

این نتیجه با پژوهشی که جعفرنژاد و همکاران در سال ۲۰۱۱ انجام دادند همراستا می باشد. جعفرنژاد در مطالعه خود در سال ۲۰۱۱ بیان نمود که آرامسازی عضلانی موجب کاهش فشارخون سیستولیک حتی پس از یک جلسه تمرین می شود ولی کاهش فشارخون دیاستولیک حداقل ۲ هفته بعد از شروع برنامه آرامسازی اتفاق می افتد (۵۹). در مطالعه جعفرنژاد جلسات آرامسازی یک بار در هفته برگزار می شد در حالیکه در مطالعه حاضر هفته ای دوبار جلسات حضوری آرامسازی برگزار می شد. همچنین در مطالعه حاضر علاوه بر آرامسازی عضلانی از روش تصویر سازی ذهنی برای آرامسازی ذهنی نیز استفاده گردید. همچنین نیکل^۱ و همکاران در مطالعه خود (۲۰۰۶) بیان نمودند که فشارخون سیستولیک بطور معناداری پس از اجرای برنامه آرامسازی پیشرونده عضلانی کاهش می یابد، (۴۹) که با نتیجه مطالعه حاضر همراستا می باشد. مفات^۲ و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود کاهش فشارخون را در گروه تصویر سازی ذهنی نسبت به گروه استراحت نشان دادند که یافته های مطالعه فوق نیز با نتیجه مطالعه حاضر همسو می باشد (۶۴).

¹ Nickel

² Moffatt

با توجه به هدف اول مطالعه : تعیین میزان فشارخون در زنان باردار در زمان ورود به مطالعه در گروه مداخله و

کنترل

در مطالعه حاضر میانگین فشارخون سیستمول در زمان ورود به مطالعه در گروه کنترل ۱۴۳.۸۸ میلیمتر جیوه و با انحراف معیار ۴ و در گروه مداخله ۱۴۴.۶۲ میلیمتر جیوه با انحراف معیار ۱.۷۴ برآورد شد که با استفاده از آزمون آماری من ویتنی تفاوت آماری معناداری در میزان فشارخون در دو گروه در زمان ورود به مطالعه وجود نداشت ($p=0/281$). همچنین فشارخون دیاستولیک در زمان ورود به مطالعه در گروه کنترل ۹۶/۳۷ با انحراف معیار ۳/۳۹ و در گروه مداخله ۹۵/۵۰ با انحراف معیار ۴/۰۵ برآورد شد که با استفاده از آزمون من ویتنی اختلاف آماری معناداری در دو گروه بدست نیامد ($P=0/858$).

در مطالعه ای که توسط نیکل (۲۰۰۶) با هدف بررسی اثر آرامسازی پیشرونده عضلانی بر روی فشارخون، پارامترهای ریه، ضربان قلب، عصبانیت و کیفیت زندگی در زنان باردار مبتلا به آسم برونشیا انجام داد. شرکت کنندگان در پژوهش مبتلا به پرفشاری خون بارداری نبودند و فشارخون در زمان ورود به مطالعه در هر دو گروه ۱۲۰/۸۰ میلیمتر جیوه گزارش شده بود (۴۹). در مطالعه دیگری که اورچ^۱ و همکاران (۲۰۱۰) با هدف مقایسه تأثیر دو روش آرامسازی پیشرفته عضلانی و تصویرسازی ذهنی بر شاخص های سایکوبیولوژیکی^۲ در بارداری انجام دادند نیز نمونه های پژوهش در زمان ورود به مطالعه فشارخون نرمال داشتند (۵۲).

در مطالعه ای که توسط جعفر نژاد (۲۰۱۱) انجام شد، میانگین فشارخون در گروه کنترل ۱۳۸.۷/۸۵.۵ میلی متر جیوه و در گروه مداخله ۱۳۱.۳/۷۹.۲ میلی متر جیوه بود (۵۹) که در این مطالعه میزان فشارخون کمتر از تعریف پرفشاری خون بارداری یعنی ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه در بدو ورود شرکت کنندگان به مطالعه بود. و از این حیث به نظر می رسد که پژوهش حاضر از معدود مطالعاتی است که مستقیماً بر روی زنان باردار مبتلا به پرفشاری خون بارداری انجام شده است.

با توجه به هدف دوم مطالعه : تعیین میزان فشارخون در زنان باردار در پایان دوره مداخله در گروه مداخله و

کنترل

در گروه مورد مطالعه میزان میانگین فشارخون سیستمولیک و دیاستولیک در پایان دوره مطالعه ۱۳۱.۰/۸۰.۲ میلی متر جیوه و در گروه کنترل میانگین فشارخون سیستمولیک و دیاستولیک در انتهای هفته ۸ مطالعه ۱۵۰ میلی متر جیوه با انحراف معیار ۱.۶۷ بود. همچنین در طول مدت ۸ هفته مطالعه هیچ یک از بیماران در دو گروه مبتلا به پره اکلامپسی و اکلامپسی

¹ Urech

² Psychobiology

نداشتند. ۱ نفر در گروه کنترل به دلیل فشارخون ۱۵۵/۱۱۰ میلی متر جیوه در بیمارستان بستری و تحت مراقبت های پزشکی قرار گرفت بنابراین، تعیین تاثیر آرامسازی بر میزان بوز پره اکلامپسی و اکلامپسی در این پژوهش قابل بررسی نبود.

با توجه به هدف سوم مطالعه: مقایسه میزان فشارخون در زنان باردار گروه مداخله قبل و بعد از مداخله

در مطالعه حاضر در گروه مداخله بعد از ۸ هفته اجرای برنامه آرامسازی فیزیکی و ذهنی میانگین فشارخون سیستولیک را ۱۳.۶۲ میلیمتر جیوه و میانگین فشارخون دیاستولیک را حدود ۱۵.۲۵ میلیمتر جیوه کاهش داد که این کاهش از نظر آماری معناداری بود ($p=0/000$).

در مطالعه ای که توسط جعفرنژاد و همکاران (۲۰۱۱) انجام شد نیز میزان فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بطور معناداری نسبت به زمان ورود به مطالعه در گروه مداخله کاهش نشان داد ($P=0.000$) مدت زمان مداخله در مطالعه جعفرنژاد ۲۸ روز بوده (۵۹). در صورتیکه در مطالعه ما میانگین فاصله زمانی از زمان ورود به مطالعه تا پایان مطالعه ۵۶ روز بود.

در مطالعه ای که توسط گل افشاری و همکاران (۲۰۰۷) با هدف تعیین تأثیر آرامسازی پشهونده عضلانی بر پرفشاری خون بیماران سکته قلبی انجام دادند. نتایج نشان داد که میانگین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بعد از مداخله کاهش یافته و با گروه کنترل تفاوت معناداری داشت ($3/83 \pm 3/6$ - و $17/5 \pm 3/24$ - و $p=0/001$). مدت زمان مداخله در پژوهش گل افشاری ۳ روز بود (۵۴).

با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مقایسه آن با سایر مطالعات می توان نتیجه گرفت که آرامسازی فیزیکی و ذهنی بر میانگین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک موثر می باشد. اگر چه در مطالعه ما این کاهش از همان هفته اول محسوس بود. که علت احتمالی آن توام سازی آرامسازی فیزیکی و ذهنی به صورت همزمان می باشد.

با توجه به هدف چهارم مطالعه: مقایسه میزان فشارخون در زنان باردار گروه کنترل قبل و بعد از مداخله

در مطالعه حاضر میانگین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در گروه کنترل قبل از مطالعه ۱۴۳.۸۸ با انحراف معیار ۴۰۰ میلی متر جیوه بود که بعد از پایان مدت مطالعه به ۱۵۰.۰۰ با انحراف معیار ۱۶۷ میلیمتر جیوه افزایش یافت. که این افزایش از نظر آماری معنی دار بود ($p=0/000$). لازم به ذکر است که میانگین فاصله زمانی از زمان ورود به مطالعه تا پایان مطالعه ۵۶ روز بوده است.

در مطالعه ای که توسط جعفرنژاد و همکاران (۲۰۱۱) انجام شد نیز میزان فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در گروه کنترل تفاوتی در پایان مطالعه نسبت به زمان ورود به مطالعه نشان نداد ($P=0.000$) مدت زمان مداخله در مطالعه جعفرنژاد ۲۸ روز بوده است (۵۹). با توجه به روند طبیعی بارداری افزایش فشارخون در سه ماهه سوم بارداری وجود دارد.

همچنین در زنان بارداری مبتلا به پرفشاری خون بارداری روند افزایشی با پیشرفت سن بارداری و حتی پیشرفت به پره اکلامپسی گزارش شده است (۱).

در مطالعه ای که توسط گل افشاری و همکاران (۲۰۰۷) با هدف تعیین تأثیر آرامسازی پیشرونده عضلانی بر پرفشاری خون بیماران سکت قلبی انجام دادند. نتایج نشان داد که میانگین فشارخون دیاستولیک در گروه کنترل بعد از پایان دوره مطالعه افزایش معناداری داشت ($p=0.002$). مدت زمان مطالعه در مطالعه فوق ۳ روز بود (۵۴)

با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مقایسه آن با مطالعات فوق می توان نتیجه گرفت که بدون انجام آرامسازی فیزیکی و ذهنی میانگین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیماران به طور معنی داری افزایش خواهد یافت. که میزان این افزایش به عواملی نظیر علت زمینه ای (مطالعه گل افشاری و همکاران)، گذشت زمان و پیشرفت وضعیت بیمار (مقایسه دوره زمانی ما و مطالعه جعفر نژاد و همکاران) بستگی دارد.

با توجه به هدف پنجم مطالعه : مقایسه میزان فشارخون در زنان بارداری با گروه مداخله با گروه

کنترل

در مطالعه حاضر مقایسه میانگین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در پایان مطالعه در گروه مداخله ۱۳۱.۰۰ با انحراف معیار ۲۰.۲ میلی متر جیوه و در گروه کنترل ۱۵۰.۰۰ با انحراف معیار ۱۶.۷ میلی متر جیوه بوده است که تفاوت معنی داری آماری را نسبت به گروه کنترل نشان داد ($P=0.000$).

نتایج مطالعه جعفر نژاد (۲۰۱۱) هم با یافته های مطالعه حاضر همسو بود (۵۹). همچنین در مطالعه نیکل (۲۰۰۳) و مطالعه اورچ (۲۰۱۰) نیز آرامسازی در دوران بارداری موجب کاهش میزان فشارخون نسبت به گروه کنترل شده بود (۵۲، ۴۹). در مطالعه گل افشاری نیز در گروه آرامسازی فشارخون کاهش معناداری را نسبت به گروه کنترل نشان داد (۵۴). همچنین در مطالعه کاویانی و همکاران (۲۰۱۴) با هدف تأثیر آرامسازی رابر دیابت بارداری نیز کاهش فشارخون سیستولیک از ۱۲۷ به ۱۲۰ میلی متر جیوه در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل گزارش شد (۶۳).

نتیجه گیری

نتایج کلی حاصل از تحلیل یافته های پژوهش حاضر نشان داد که آرامسازی فیزیکی و ذهنی موجب کاهش قابل توجه فشارخون در زنان بارداری مبتلا به پرفشاری خون بارداری شده است. در حالیکه در گروه کنترل شاهد افزایش قابل توجه در میزان فشارخون با افزایش سن بارداری بودیم. به نظر می رسد عدم مداخله می توانست وضعیت پرفشاری خون بیماران را

بدتر کرده و حتی موجب پیشرفت به سمت پره اکلامپسی می شد . و باتوجه به اینکه دراین مطالعه از هردو روش آرامسازی فیزیکی و ذهنی استفاده شد و جلسات حضوری به صورت دوبار در هفته برگزار گردید از همان هفته اول مداخله کاهش فشارخون محسوس بود و این مطلب پزشک معالج بیمار را ترغیب به ادامه مداخلات آرامسازی کرد . به نظر می رسد با انجام آموزش فنون آرامسازی فیزیکی و ذهنی در طول بارداری بتوان با کاهش استرس مشکلات بارداری از جمله پرفشاری خون بارداری را تعدیل نمود.

محدودیت های پژوهش

مهمترین محدودیت پژوهش مشکل نمونه گیری بود . با توجه به اهمیت فشارخون در بارداری و افزایش مخاطرات برای مادر پزشکان معالج بیماران در ابتدای کار خیلی تمایل به ورود بیمارانشان به پژوهش نشان نمی دادند که پس از ارائه کامل روش کار خود به پزشکان و بعد از این که مداخله از هفته اول موجب کاهش فشارخون شد توانستیم اعتماد پزشک و بیمار را جلب نموده و مطالعه خود را دنبال کنیم.

کاربرد یافته ها

ارتقاء سلامت افراد جامعه، مهمترین هدف مراقبت های پرستاری بوده و پرستاران همواره جهت ارائه خدمات با بهترین کیفیت می کوشند. اساسی ترین و ابتدایی ترین هدف از انجام پژوهش، استفاده از نتایج آن در عمل می باشد، به گونه ای که موجب بهبود وضعیت فعلی و حل مسائل و چالش های موجود شود . افراد تیم سلامت موظفند که گروه های آسیب پذیر را شناسایی کرده و از آن ها در جهت پیشگیری و یا مقابله با مشکلات سلامتی حمایت کنند.

کاربرد در آموزش پرستاری

زنان باردار مبتلا به پرفشاری خون بارداری از جمله بیمارانی هستند که با توجه به پیامدهای ناشی از فشارخون بارداری نیازمند آموزش و مراقبت مستمر در زمینه های مختلف هستند . آموزش همواره جزء اهداف سیاستگذاران آموزش پرستاری در سطوح مختلف بوده و تیم بهداشتی ملزم به آموزش بیماران و خانواده آنها هستند . پرستار نقش کلیدی و اساسی در این تیم داشته و آموزش و ارتقاء سلامت، یکی از مهمترین رسالت های وی بشمار می رود. مطالعات نشان داده که آموزش و پیگیری، از بهترین و موثرترین روش های پیشگیری از بروز عوارض بیماری ها هستند . در همین راستا پرستار می تواند فرایند آموزش را تسهیل کند، لذا لازم است که در طراحی برنامه های درسی دانشجویان پرستاری، به اجرای برنامه های آموزشی با بکارگیری

فنون مختلف غیردارویی تاکید شده و به ارائه نتایج تحقیقات انجام شده در این زمینه پرداخته شود، تا دانشجویان و مسئولین مربوطه با استفاده از این روش ها، شرایط مناسب را جهت نهادینه شدن این مفاهیم و در نهایت کاربردی تر شدن مراقبت ها و حمایت هایی از این دست، در بیماران مبتلا به پرفشاری خون و سایر بیماران را فراهم آورند . بنابراین پژوهش حاضر می تواند همگام با پیشرفت روزافزون دانش و تکنولوژی، در تهیه، تدوین و اجرای برنامه های آموزشی بکار گرفته شود . بدیهی است که هر گامی که در جهت ارتقاء دانش بهداشتی و بهبود سلامت افراد جامعه، به خصوص زنان و کودکان به عنوان گروه هدف برنامه های بهداشت جهانی برداشته شود، دستیابی به هدف آرمانی سازمان بهداشت جهانی که همانا برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و دستیابی به سلامت مثبت و زندگی مثر ثمر می باشد را تسهیل و تسریع می کند.

کاربرد در بالین

اساسی ترین هدف از انجام این پژوهش بکار بردن نتایج حاصل از آن در جهت بالا بردن آگاهی و دانش بیماران و خانواده آنها، بهبود شرایط بیماران و اصلاح سبک زندگی است که در نهایت به ارتقاء کیفیت و رضایت از زندگی آنان می انجامد . از آنجاییکه پرفشاری خون بارداری شرایط زندگی بیماران و خانواده آنان را تغییر می دهد و این گروه از بیماران نیازمند مراقبت ویژه درطول بارداری هستند و خانواده های آنان نیز دغدغه های اساسی در زمینه سلامت مادر و جنین و ادامه بارداری را با ادامه بارداری دارند و همچنین زنان بارداری نیز نگرانند که بیماری پرفشاری خون به عنوان یک بیماری مزمن سراسر زندگی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. لذا لازم است تا مراقبت ها نیز فراتر از مدت بارداری و شیوه های متداول دارویی بوده و با آموزش یک مهارت و توانمندسازی زنان بتوانیم در سراسر زندگی بیماران و خانواده آنان را تأثیرگذار باشیم . این مهم حاصل نمی شود مگر با سیاستگذاری های صحیح در جهت اجرای برنامه های آموزشی و پیگیری از طریق پرسنل، بویژه پرستاران که همواره به دنبال اتخاذ راه حل هایی هستند که در کنار ارائه خدمات مناسب، تامین، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه را نیز در نظر بگیرند . از آنجاییکه آموزش و پیگیری بیماران، می تواند به عنوان یک روش برای پیشگیری سطح سوم نیز مطرح شود، پرستاران می توانند با استفاده از روش های آموزشی مختلف مثل مهارت آرامسازی ، و دیگر فنون مدیریت استرس ، در ارائه خدمات حمایتی از این بیماران گام موثری بردارند تا بوسیله این مداخله کم هزینه احتمال تشدید بیماری و میزان بروز عوارض ناشی از بیماری کاهش یافته و در نهایت منجر به ارتقاء سطح سلامت جامعه و کاهش هزینه های درمانی گردد.

کاربرد در مدیریت خدمات پرستاری

با توجه به اثر بخش بودن آموزش و اجرای برنامه آرامسازی، مدیران پرستاری می توانند از نتایج این مطالعه در جهت ارتقاء دانش و آگاهی پرستاران در ارتباط با نیازهای آموزشی و لزوم آموزش بیماران و خانواده آنان استفاده نمایند . لذا می

توانند با گنجاندن آموزش در شرح وظایف بالینی و فراهم آوردن شرایط لازم جهت شرکت پرستاران در دوره های آموزشی در قالب کارگاه، سمینار، دوره های بازآموزی و آموزش ضمن خدمت، نیازهای آموزشی پرسنل را شناسایی و برطرف نموده و از این طریق به ارائه مراقبت هایی موثر، با کیفیت و کاربردی، به بیماران و خان واده آنان کمک کنند. از سویی در راستای ارتقاء خدمات سلامت، لازم است که برنامه های آموزشی پرستاران به صورت مستمر مورد بررسی و بازنگری قرار گیرد. همچنین مدیران و مسئولین بیمارستان می توانند مرکزی در بیمارستان راه اندازی کرده تا از طریق آن مرکز زنان باردار درد و ران بارداری از خدمات آموزشی و توانمندسازی بهره مندگردند.

کاربرد در پژوهش

رشد و پیشرفت دانش، مرهون تلاش محققان و پژوهشگران در عرصه های مختلف است و این موضوع در مسائل مربوط به بهداشت و سلامت انسان ها، اهمیتی بیشتری دارد. در واقع نتایج هر پژوهش، روشنگر راه سایر محققین در اجرای پژوهش های بعدی است زیرا به دنبال هر پژوهش، مسائل و دیدگاه های جدیدی در راستای آن موضوع، ایجاد می شود. یکی از راه های ارتقاء کیفیت مراقبت ها، انجام پژوهش های متعدد بوده که به توسعه و رشد دانش پرستاری، همگام با پیشرفت علم و فناوری در جامعه کمک می کند. در این راستا، پژوهشگر امید آن دارد که با انجام این تحقیق دریچه ای به سوی دیدگاه ها و ایده های نو باز کرده و پیش زمینه ای برای پژوهش های جدید در حیطه پرستاری، آموزش و مراقبت های حمایتی از بیماران، ساخته و یافته های حاصل از این مطالعه جهت انج ام تحقیقات گسترده تر در این زمینه و پایه ای برای مرور سیستماتیک و متا آنالیزهای بعدی باشد.

پیشنهادهای پژوهش های آینده:

- با توجه به شرایط مطالعه حاضر و نتایج بدست آمده از آن، پیشنهادهای زیر ارائه می گردد:
- پیشنهاد می شود مطالعه ای با بررسی تأثیر آرامسازی بر روی زنان باردار پرخطر انجام شود.
- انجام مطالعه ای با عنوان تأثیر آرامسازی فیزیکی و ذهنی بر پره اکلامپسی
- بررسی تأثیر آرامسازی قیزیکی و ذهنی بر پرفشاری خون مزمن در بارداری

منابع

- .١ Clark SM, Dunn HE, Hankins GD, editors. A review of oral labetalol and nifedipine in mild to moderate hypertension in pregnancy. *Seminars in perinatology*; 2015: Elsevier.
- .٢ Pieper PG, Lameijer H, Hoendermis ES. Pregnancy and pulmonary hypertension. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2014;28(4):579-91.
- .٣ Creanga AA, Berg CJ, Syverson C, Seed K, Bruce FC, Callaghan WM. Race, ethnicity, and nativity differentials in pregnancy-related mortality in the United States: 1993–2006. *Obstetrics & Gynecology*. 2012;120(2, Part 1):261-8.
- .٤ El Hassan MA, Diamandis EP, Karumanchi SA, Shennan AH, Taylor RN. Preeclampsia: An old disease with new tools for better diagnosis and risk management. *Clinical chemistry*. 2015;61(5):694-8.
- .٥ Gold RA ,Gold KR, Schilling MF, Modilevsky T. Effect of age, parity, and race on the incidence of pregnancy associated hypertension and eclampsia in the United States. *Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health*. 2014;4(1):46.٥٣-
- .٦ Djelantik A, Kunst A, Van Der Wal M, Smit H, Vrijkotte T. Contribution of overweight and obesity to the occurrence of adverse pregnancy outcomes in a multi-ethnic cohort: population attributive fractions for Amsterdam. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2012;119(3):283-90.
- .٧ Chandrasekaran S, Levine L, Durnwald C, Elovitz M, Srinivas S. 656: Excessive weight gain and hypertensive disorders of pregnancy: a modifiable risk factor. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*:(١)٢٠٨;٢٠١٣ .S277.

- .⁸ James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High risk pregnancy: management options-expert consult: Elsevier Health Sciences; 2010.
- .⁹ Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, Landon MB, Galan HL, Jauniaux ER, et al. Obstetrics: normal and problem pregnancies: Elsevier Health Sciences; 2016.
- .¹⁰ Hernández-Díaz S, Werler MM, Mitchell AA. Gestational hypertension in pregnancies supported by infertility treatments: role of infertility, treatments, and multiple gestations. *Fertility and sterility*. 2013;95(4):1188-1193.
- .¹¹ Alves E, Azevedo A, Rodrigues T, Santos AC, Barros H. Impact of risk factors on hypertensive disorders in pregnancy, in primiparae and multiparae. *Annals of human biology*. 2013;40(5):377-84.
- .¹² Hutcheon JA, Lisonkova S, Joseph K. Epidemiology of pre-eclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. 2011;25(4):391-403.
- .¹³ Lo JO, Mission JF, Caughey AB. Hypertensive disease of pregnancy and maternal mortality. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2013;25(2):124-32.
- .¹⁴ Powe CE, Levine RJ, Karumanchi SA. Preeclampsia, a disease of the maternal endothelium the role of antiangiogenic factors and implications for later cardiovascular disease. *Circulation*. 2011;124(2):191-199.
- .¹⁵ Kovacs G, Briggs P. Hypertension in Pregnancy, Gestational Hypertension, Pre Eclampsia, Eclampsia and HELLP Syndrome. *Lectures in Obstetrics, Gynaecology and Women's Health*: Springer; 2015. p. 129-30.
- .¹⁶ Cunningham FG. *Williams: obstetrica* (23a: McGraw Hill Mexico; 2011).
- .¹⁷ George J, Amaresh A. PIH Mothers, Neonatal Mortality and Morbidity, Prospective Study. *NEONATAL MORTALITY AND MORBIDITY IN*

PREGNANCY INDUCED HYPERTENSION: A PROSPECTIVE
OBSERVATIONAL STUDY. 2014(4079.)

- .١٨ Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. *Bmj*. 2013;346:f108.
- .١٩ Regev RH, Arnon S, Litmanovitz I, Bauer-Rusek S, Boyko V, Lerner-Geva L, et al. Outcome of singleton preterm small for gestational age infants born to mothers with pregnancy-induced hypertension. A population-based study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2015;28(6):666-73.
- .٢٠ Xu J, Barinas-Mitchell E, Kuller LH, Youk AO, Catov JM. Maternal hypertension after a low-birth-weight delivery differs by race/ethnicity: evidence from the national health and nutrition examination survey (NHANES) 1999–2006. *PloS one*. 2014;9(8):e104149.
- .٢١ Hinkle SN, Albert PS, Mendola P, Sjaarda LA, Boghossian NS ,Yeung E, et al. Differences in risk factors for incident and recurrent small-for-gestational-age birthweight: a hospital-based cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2014;121(9):1080-9.
- .٢٢ Chen X-K, Wen SW, Smith GN ,Yang Q, Walker MC. New-onset hypertension in late pregnancy and fetal growth: different associations between singletons and twins. *Hypertension in pregnancy*. 2007;26(3):259-72.
- .٢٣ Ananth CV, Basso O. Impact of pregnancy-induced hypertension on stillbirth and neonatal mortality in first and higher order births: a population-based study. *Epidemiology (Cambridge, Mass)*. 2010;21(1):118.
- .٢٤ Hamed HO, Alsheeha MA, Abu-Elhasan AM, Elmoniem AEA, Kamal MM. Pregnancy outcomes of expectant management of stable mild to moderate chronic hypertension as compared with planned delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2014;127(1):15-20.

- .۲۵ Sarno L, Maruotti GM, Saccone G, Sirico A, Mazzearelli LL, Martinelli P. Pregnancy outcome in proteinuria-onset and hypertension-onset preeclampsia. Hypertension in pregnancy. 2015;34(3):284-90.
- .۲۶ Engel SM, Scher E, Wallenstein S, Savitz DA, Alsaker ER, Trogstad L, et al. Maternal active and passive smoking and hypertensive disorders of pregnancy: risk with trimester-specific exposures. Epidemiology (Cambridge, Mass). 2013;24(3):379.
- .۲۷ Foo L, Tay J, Lees C, McEniery C, Wilkinson I. Hypertension in pregnancy: natural history and treatment options. Current hypertension reports. 2015;17(5):1-18.
- .۲۸ Vest AR, Cho LS .Hypertension in pregnancy. Current atherosclerosis reports. 2014;16(3):1-11.
- .۲۹ Rojas-Suarez J, Vigil-De Gracia P. Pre-eclampsia-eclampsia admitted to critical care unit. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2012;25(10):2051-4.
- .۳۰ Miranda ML, Swamy GK, Edwards S, Maxson P, Gelfand A, James S. Disparities in maternal hypertension and pregnancy outcomes: evidence from North Carolina, 1994-2003. Public health reports. 2010:579-87.
- .۳۱ Westerlund E, Brandt L, Hovatta O, Wallén H, Ekblom A, Henriksson P. Incidence of hypertension, stroke, coronary heart disease, and diabetes in women who have delivered after in vitro fertilization: a population-based cohort study from Sweden. Fertility and sterility. 2014;102(4):1096-102.
- .۳۲ James PR, Nelson-Piercy C. Management of hypertension before, during, and after pregnancy. Heart. 2004;90(12):1499-504.
- .۳۳ Cunningham FG. Williams Obstetrics 24th edition McGraw-Hill Education. Medical; 2014.

- ۳۴ Rajaee M, Nikuei P, Nejatizadeh A, Rahimzadeh M, Massoodi M, Abedinejad M, et al. Prevalence of Preeclampsia in Hormozgan Province.
- ۳۵ Vest AR, Cho LS. Hypertension in pregnancy. *Cardiology clinics*. 2012;30(3):407-23.
- ۳۶ Abalos E, Duley L, Steyn DW. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. *The Cochrane Library*. 2014.
- ۳۷ McCarthy F, Kenny LC. Hypertension in pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 2015;25(8):229-35.
- ۳۸ McCall CA, Grimes DA, Lyster AD. "Therapeutic" Bed Rest in Pregnancy: Unethical and Unsupported by Data. *Obstetrics & Gynecology*. 2013;121(6):1305-8.
- ۳۹ Kenny LC, Black MA, Poston L, Taylor R, Myers JE, Baker PN, et al. Early Pregnancy Prediction of Preeclampsia in Nulliparous Women, Combining Clinical Risk and Biomarkers The Screening for Pregnancy Endpoints (SCOPE) International Cohort Study. *Hypertension*. 2014;64(3):644-52.
- ۴۰ Yu Y, Zhang S, Wang G, Hong X, Mallow EB, Walker SO, et al. The combined association of psychosocial stress and chronic hypertension with preeclampsia. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2013;209(5):438.e1-. e12.
- ۴۱ Sheu S, Irvin BL, Lin H-S, Mar C-L. Effects of progressive muscle relaxation on blood pressure and psychosocial status for clients with essential hypertension in Taiwan. *Holistic Nursing Practice*. 2003;17(1):41-7.
- ۴۲ Jose R, D'Almeida V. Effectiveness of Jacobson's Progressive Muscle Relaxation (JPMR) on Blood Pressure and Health Related Stress Level among Patients with Hypertension in a Selected Hospital of Mangalore. *International Journal of Nursing Education*. 2013;5(2):171.

- .۴۳ Haruna M, Matsuzaki M, Ota E, Shiraishi M, Hanada N, Mori R. Guided imagery for treating hypertension in pregnancy. The Cochrane Library. 2014.
- .۴۴ Chaudhuri A, Ray M, Saldanha D, Sarkar SK. Effects of progressive muscle relaxation on postmenopausal stress. Journal of the Scientific Society. 2015;42(2):62.
- .۴۵ Leeners B, Neumaier-Wagner P, Kuse S, Stiller R, Rath W. Emotional stress and the risk to develop hypertensive diseases in pregnancy. Hypertension in Pregnancy. 2007;26(2):211-26.
- .۴۶ Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. New England Journal of Medicine. 2001;344(21):1594-602.
- .۴۷ Mugo M, Govindarajan G, Kurukulasuriya LR, Sowers JR, McFarlane SI. Hypertension in pregnancy. Current hypertension reports. 2005;7(5):348-54.
- .۴۸ Malekzadegan A, Moradkhani M, Ashayeri H, Haghani H. Effect of relaxation on insomnia during third trimester among pregnant women. Iran Journal of Nursing. 2010;23(64):52-8.
- .۴۹ Nickel C, Lahmann C, Muehlbacher M, Pedrosa Gil F, Kaplan P, Buschmann W, et al. Pregnant women with bronchial asthma benefit from progressive muscle relaxation: a randomized, prospective, controlled trial. Psychotherapy and psychosomatics. 2006;75(4):237-43.
- .۵۰ Beddoe AE, Lee KA. Mind-Body Interventions During Pregnancy. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2008;37(2):165-75.
- .۵۱ F, J., et al., The effects of progressive muscle relaxation on pregnancy hypertension. The Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility, ۲۰۱۱: p. ۶۸-۶۲.

- 52 Urech C, Fink NS, Hoesli I, Wilhelm FH, Bitzer J, Alder J. Effects of relaxation on psychobiological wellbeing during pregnancy: a randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*. 2010;35(9):55-1348.
- 53 Scholten RR, Hopman MT, Sweep FC, et al: Co-occurrence of cardiovascular and prothrombotic risk factors in women with a history of preeclampsia. *Obstet Gynecol* 121(1):97, 2013
- 54 Kraus D, Fent L, Heine RP, et al: Smoking and preeclampsia protection: cigarette smoke increases placental adrenomedullin expression and improves trophoblast invasion via the adrenomedullin pathway. Abstract No. 43, *Am J Obstet Gynecol* 208(1):S26, 2013
- 55 Worley LC, Hnat MD, Cunningham FG: Advanced extrauterine pregnancy: diagnostic and therapeutic challenges. *Am J Obstet Gynecol* 198(3):297.e1, 2008
- 56 McDonald SD, Best C, Lam K: The recurrence risk of severe de novo preeclampsia in singleton pregnancies: a population-based cohort. *BJOG* 116(12):1578, 2009
- 57 Lindheimer MD, Taylor RN, Cunningham FG, et al: Introduction, history, controversies, and definitions. In Taylor RN, Roberts JM, Cunningham FG (eds): *Chesley's Hypertensive Disorders in Pregnancy*, 4th ed, Amsterdam, Academic Press, 2014
- 58 Kleinrouweler CE, Wiegerinck MM, Ris-Stalpers C, et al: Accuracy of circulating placental growth factor, vascular endothelial growth factor, soluble fms-like tyrosine kinase 1 and soluble endoglin in the prediction of preeclampsia: a systematic review and metaanalysis. *BJOG* 119(7):778, 2012

59. A G, M G, S F, G E. The effects of progressive muscle relaxation on Blood pressure in elderly patients with acut myocardial infarction.salmand. Iranian journal of ageing. 2007;12(3).
60. Rahimi F, Ahmadi M, Rosta F, Majd HA, Valiani M. Effect of relaxation training on pregnancy anxiety in high risk women. Safety Promotion and Injury Prevention. 2015;2(3):180-8.
61. Ghafari S, Ahmadi F, Nabavi M, Memarian R. Effects of applying progressive muscle relaxation technique on depression, anxiety and stress of multiple sclerosis patients in Iran National MS Society. 2008.
6۲. Poursharifi H, Ghahri Z, Sahhaf F. Evaluation of the Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on High Blood Pressure in Pregnant Women. International Journal of Psychology and Behavioral Research. 2015;4(2):152-7
6۳. Practice ACoO. ACOG practice bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Number 33, January 2002. American College of Obstetricians and Gynecologists. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2002;77(1):67.
6۴. Benson H, Beary JF, Carol MP. The relaxation response. Psychiatry. 1974;37(1):37-46.
6۵. Davison R, Chensney M, William D, Shapiro A. Relaxation therapy: design effects and treatment effects. Ann Behav Med. 2005;13(47):135-42.
6۶. Rainforth MV, Schneider RH ,Nidich SI, Gaylord-King C, Salerno JW, Anderson JW. Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis. Current hypertension reports. 2007;9(6):520-8.

6[✓] Molassiotis A, Yung HP, Yam BM, Chan FY, Mok T. The effectiveness of progressive muscle relaxation training in managing chemotherapy-induced nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients: a randomised controlled trial. *Supportive Care in Cancer*. 2002;10(3):237-46.

6[^] Ghafari S, Ahmadi F, Nabavi M, Memarian R. Effects of applying progressive muscle relaxation technique on depression, anxiety and stress of multiple sclerosis patients in Iran National MS Society. *Pejouhesh*. 2008;32(1):45-53.

69. Maxwell V. Rainforth, PhD, Robert H. Schneider, et al. Stress Reduction Programs in Patients with Elevated Blood Pressure: A Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Hypertens Rep*. 2007 December ; 9(6): 520–528.

70. A, A., et al., Effect of Progressive Muscle Relaxation on Patients Lifestyle with Myocardial Infarction: A Double-Blinded Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Knowledge & Health*, 2015. 10(3): p. 1-7.

71. Kaviani M, Bahoosh N, Azima S, Asadi N, Sharif F, Sayadi M. The Effect of Relaxation on Blood Sugar and Blood Pressure Changes of Women with Gestational Diabetes: a Randomized Control Trial. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*. 2014;6(1):14-22.

72. Moffatt FW, Hodnett E, Esplen MJ, Watt-Watson J. Effects of guided imagery on blood pressure in pregnant women with hypertension: a pilot randomized controlled trial. *Birth* ۲۰۱۰; ۳۷(۴):۲۹۶–۳۰۶. [DOI: ۱۰.۱۱۱۱/j.-۱۵۲۳-۵۳۶X.۲۰۱۰.۰۰۴۲۴.x].

پیوست ها



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان قزوین

برگه اطلاع رسانی

عنوان پژوهش:

بررسی تأثیر آموزش تمرینات آرامسازی بر پرفشاری خون در زنان باردار مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی کوثر قزوین

فشارخون بالای بارداری یکی از مشکلات شایع دوران بارداری می باشد. که می تواند برای مادر و جنین وی خطرناک باشد. برای درمان رژیم غذایی، مراقبت های مرتب دوران بارداری و مصرف دارو و گاهی نیز به علت شدت بیماری ختم بارداری استفاده می شود. روش های کمکی برای درمان مثل مکمل های کلسیم و اسپی رین، ویتامین ها ی آنتی اکسیدان و روشهای مدیریت استرس از جمله آرامسازی می باشد. در این پژوهش تلاش محقق بر آن است تا با یک روش کاملاً بی خطر با مدیریت استرس و توانمندسازی مادر برای کنترل اضطراب و استرس بتواند میزان فشارخون را کنترل یا تعدیل کند. و اگر موفق شود با یک روش غیردارویی کاملاً بی خطر به عنوان درمان کمکی در کنترل فشارخون در طول بارداری بتوان استفاده کرد. در این مطالعه پس از مصاحبه با زنان بارداری که مشکل فشارخون بالای بارداری را دارند و پر کردن پرسشنامه، در صورتی که شرایط ورود به مطالعه و رضایت شرکت در مطالعه را داشته باشند وارد مطالعه کرده و پس از مطالعه و امضاء برگه رضایت نامه و دریافت توضیحات لازم به آنها، جلسات تمرین مشخص شده و خانم باردار به مدت ۸ هفته، هفته ۱ ی دو بار به بیمارستان کوثر مراجعه کرده و در کلاس آرامسازی که توسط محقق اداره می شود شرکت می کنند. هر جلسه قبل و بعد تمرین فشارخون اندازه گیری می شود.

شرکت در این مطالعه اختیاری می باشد و تقسیم بندی در گروهها به صورت تصادفی می باشد.

آدرس و شماره تماس پژوهشگر: آدرس و شماره تماس پژوهشگر: قزوین، بلوار شهید باهنر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۹۱۲۱۸۲۵۰۲۱ - ۰۹۰۱۷۷۵۵۴۳۰



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان قزوین

برگه رضایت نامه

عنوان پژوهش: بررسی تأثیر آموزش تمرینات آرامسازی بر پرفشاری خون در زنان باردار مراجعه کننده به مرکز آموزش ی درمانی کوثر قزوین

شماره ثبت مطالعه در مرکز کارآزمایی بالینی ایران :

پژوهشگر کلیه پرسشهای اینجانب را پاسخ داده و به من تفه یم شده است شرکت من در پژوهش اختیاری می باشد و هر لحظه که مایل باشم می توانم از ادامه شرکت در پژوهش خودداری کنم و این خودداری در تشخیص و درمان بیماری برای من اثر منفی نخواهد داشت.

کلیه اطلاعاتی که از من گرفته شده و ن یزنام من محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج تحقیقات به صورت جواب کلی گروه مورد مطالعه منتشر می گردد و نتایج فردی بدون ذکر نام عرضه خواهد شد.

عوارض جانبی احتمالی پژوهش : این دارو خطر و عارضه شناخته شده شدیدی ندارد. و در صورت بروز هرگونه علائم ناشناخته احتمالی با محقق تماس گرفته شود.

فوائد احتمالی پژوهش: کاهش میزان فشارخون بارداری

اقداماتی که برای انجام پژوهش بر روی فرد مورد مطالعه انجام می شود :

هفته ای ۲ جلسه به مدت ۴ هفته در تمرینات تن آرامی در بیمارستان کوثر شرکت می کنید. همچنین یک سری دی مربوط به تن آرامی در اختیارتان قرار می گیرد که هر روز ۲۰-۳۰ دقیقه تمرین تن آرامی را در منزل انجام می دهید. هر جلسه قبل و بعد از تمرین فشارخون شما اندازه گیری می شود.

اینجانب با آگاهی کامل و مطالعه برگه اطلاع رسانی، و همچنین آگاهی از این موضوع که کلیه مشخصات

این مطالعه در سامانه مرکز کارآزمایی بالینی ایران به آدرس www.IRCT.IR قابل دسترسی می باشد، تمایل خود را به

عنوان یک فرد مورد مطالعه جهت شرکت در پژوهش " بررسی تأثیر آرامسازی پیشرفته عضلانی بر میزان فشارخون بارداری " به

مدت ۸ هفته به سرپرستی خانم فاطمه پاشازاده اعلام می دارم . و این موافقت مانع از اقدامات قانونی اینجانب در مقابل

دانشگاه، بیمارستان، پژوهشگر و کارمندان در صورتی که عملی خلاف و غیر انسانی انجام شوند نخواهد شد .

آدرس، تلفن تماس، امضاء و اثر انگشت بیمار مورد مطالعه :



بسمه تعالی

پرسشنامه بررسی تأثیر آموزش تمرینات آرامسازی بر پرفشاری خون در زنان
باردار مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی کوثر قزوین

گروه : تاریخ تکمیل پرسشنامه :

۱ - نام و نام خانوادگی

۲ - سن مادر

۳ - سن ازدواج:

۴ - وضعیت تحصیلی مادر:

الف - بیسواد ب - سواد خواندن و نوشتن ج - زیر دیپلم د - دیپلم و - بالاتر از دیپلم

۵ - وضعیت اشتغال مادر

الف - خانه دار ب - کارمند ج - کارگر

۶ - تعداد بارداری تاکنون

۷ - تعداد زایمانهای قبلی:

۸ - تعداد سقط ها

۹ - تعداد جنین های مرده داخل رحمی قبلی:

۱۰ - تعداد نوزادان مرده بدنیا آمده قبلی

۱۱ - تاریخ آخرین زایمان:

۱۲ - نوع ختم حاملگی قبلی

الف - سقط ب - زایمان واژینال ج - سزارین د - زایمان با وسیله

۱۳ - آخرین روش پیشگیری از بارداری:

۱۴ - تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی :

۱۵ - تاریخ احتمالی زایمان:

۱۶ - سن بارداری در زمان ورود به پژوهش :

۱۷ - شاخص توده بدنی:

۱۸ - فشار خون سیستول و دیاستول مادر در زمان ورود به پژوهش:

۱۹ - سابقه هیپرتانسیون قبلی:

۲۰ - سابقه پره اکلامپسی قبلی

۲۱ - سابقه پراکلامپسی در بستگان درجه ۱ (مادر، خواهر)

۲۲ - سابقه بیماریهای مزمن:

دیابت ملیتوس: بیماریهای کلیوی: بیماریهای قلبی عروقی: سایر موارد:

۲۳ - داروهای مصرفی:

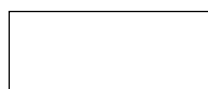
۲۴ - بارداری جنینقلوبی:

۲۵ - آدرس و شماره تماس:



چک لیست بررسی تأثیر تمرینات آرامسازی بر پرفشاری خون در زنان
باردار مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی کوثر قزوین

گروه	هفته	جلسه	تاریخ	فشار خون قبل از مداخله	فشار خون بعد از مداخله	ایا جلسات آرام سازی در منزل را مرتب انجام دادید؟	استرسور شدید
	۱	جلسه ۱					
	۱	جلسه ۲					
	۲	جلسه ۳					
	۲	جلسه ۴					
	۳	جلسه ۵					
	۳	جلسه ۶					
	۴	جلسه ۷					
	۴	جلسه ۸					
	۵	جلسه ۹					



					جلسه ۱۰	۵	
					جلسه ۱۱	۶	
					جلسه ۱۲	۶	
					جلسه ۱۳	۷	
					جلسه ۱۴	۷	
					جلسه ۱۵	۸	
					جلسه ۱۶	۸	

در هر مقطعی در صورت خروج از مطالعه علت ذکر شود.



Qazvin University of Medical Sciences

School of Nursing & Midwifery

Thesis submitted to achieve the Degree of M.Sc.

In

Critical Care Nursing

Title

**Effect of Physical and mental relaxation on Gestational hypertention at Kosar
educational - medical centre of Qazvin**

Under supervision of:

Dr.Jalil Azimian

Advisers:

Fatemeh Ranjkesh

Dr.Mahmood Alipour Heidary

By:

Fatemeh Pashazadeh

2016

Abstract

